

[博士論文]

アディクションのリスク判断と段階に応じた介入に関する研究

平成 26 年度

新井 清美
筑波大学大学院人間総合科学研究科
ヒューマン・ケア科学専攻

第1章 序論	2
1. 1 アディクション (Addiction : 嗜癖) の概念と医療の変遷	2
1.1.1 アディクション (嗜癖) の概念の変遷	2
1.1.2 アディクション (嗜癖、以下、アディクションとする) 医療の変遷	2
1.1.3 アディクションに対する治療.....	3
1. 2 危険な飲酒の現状と変遷	4
1.2.1 世界的に見た危険な飲酒の現状と変遷	4
1.2.2 我が国における危険な飲酒と医療の現状	5
1.2.2.1 我が国における危険な飲酒の現状.....	5
1.2.2.2 危険な飲酒に対する予防的観点の現状.....	5
1.2.2.3 アルコール健康障害対策基本法の施行.....	5
1. 3 病的ギャンブリングの現状と変遷.....	6
1.3.1 世界的に見た病的ギャンブリングの現状	6
1.3.2 我が国における病的ギャンブリングの実態.....	7
1.3.2.1 ギャンブルの位置づけ.....	7
1.3.2.2 病的ギャンブリングの現状	7
1.3.2.3 カジノ導入への動き	8
1. 4 アルコールとギャンブルの関連と相違.....	8
1. 5 早期発見・早期介入・重症化予防の必要性.....	9
1. 6 本研究の目的と論文の構成.....	10
第2章 危険な飲酒 (Hazardous drinking) の認識における変化のプロセス (研究1)	13
2. 1 目的.....	13
2. 2 研究方法.....	13
2.2.1 研究デザイン.....	13
2.2.2 対象の選定	14
2.2.3 確実性・適用性・一貫性・確証性の担保	14
2.2.4 倫理的配慮	14
2. 3 結果.....	14
2.3.1 対象者の概要.....	14
2.3.2 患者と家族の認識	15
2. 4 考察.....	27
2.4.1 従来 of 知見との比較.....	27
2.4.2 患者と家族の認識の相違.....	27
2.4.3 家族の状況認識に関連する要因.....	29
2.4.4 本研究で得られたカテゴリーを臨床で用いることの有用性.....	29
2. 5 研究の限界と今後の課題	30
2. 6 まとめ	30

第3章 危険な飲酒 (Hazardous drinking) を予防するための	
飲酒リスクの判断に関する研究 (研究2)	32
3.1 目的	32
3.2 研究方法	32
3.2.1 研究デザイン、及び調査対象	32
3.2.2 調査期間	32
3.2.3 調査内容	32
3.2.4 解析方法	36
3.2.5 倫理的配慮	37
3.3 結果	37
3.3.1 対象の概要と危険な飲酒の実態	37
3.3.2 飲酒をする動機、飲酒により実際に経験した事柄、結果に対する受け止め方、飲み過ぎてしまう場面、飲み過ぎた時の対処法	41
3.3.3 危険な飲酒に影響する要因の検討	44
3.4 考察	45
3.4.1 対象の概要と危険な飲酒の実態	45
3.4.2 飲酒をする動機とその結果への対処	47
3.4.3 危険な飲酒に影響する要因の検討	48
3.4.4 段階に応じた介入方法の検討	48
3.5 本研究の限界と今後の課題	50
3.6 まとめ	50
第4章 危険なギャンブルの認識における変化のプロセス (研究3)	53
4.1 目的	53
4.2 研究方法	53
4.2.1 研究デザイン	53
4.2.2 対象の選定	54
4.2.3 調査期間	54
4.2.4 面接調査、及び質問紙調査	54
4.2.5 厳密性、真実性の担保	55
4.2.6 倫理的配慮	55
4.3 結果	55
4.3.1 対象者の背景	55
4.3.2 分析結果	56
4.3.2.1 ストーリーライン	56
4.3.2.1.1 ギャンブラー本人のストーリーライン	56
4.3.2.1.2 ギャンブラー本人と家族の認識に関するストーリーライン	57
4.3.2.2 ギャンブラー本人の認識に関するカテゴリー	59
4.3.2.3 妻から見たギャンブラー本人のステップ	86
4.4 考察	96

4.4.1	対象の背景	96
4.4.2	ギャンブルを開始してから病的ギャンブリングまでのギャンブラー本人の認識	97
4.4.3	ギャンブラー本人と家族の認識の相違	98
4.4.4	本研究で得られたステップを予防的に用いることの有用性.....	99
4.4.5	アルコール問題が深刻化していくプロセスとの比較.....	99
4. 5	研究の限界と今後の課題	100
4. 6	まとめ	100
第5章 病的ギャンブリングの重症化に影響する要因と、 段階に応じた介入方法の検討（研究4）		103
5. 1	目的.....	103
5. 2	研究方法.....	103
5.2.1	研究デザイン、及び調査対象	103
5.2.2	調査期間.....	103
5.2.3	調査内容.....	103
5.2.4	解析方法.....	105
5.2.5	倫理的配慮	106
5. 3	結果.....	106
5.3.1	対象の概要と病的ギャンブラーの実態	106
5.3.2	ギャンブルをする動機、ギャンブル後に生じる事柄、ギャンブルをし過ぎた時の対処法	108
5.3.3	病的ギャンブリングに影響する要因の検討.....	110
5. 4	考察.....	111
5.4.1	対象の概要と病的ギャンブラーの実態	111
5.4.2	病的ギャンブリングの動機とその後の結果への対処.....	112
5.4.3	病的ギャンブリングに影響する要因.....	113
5.4.4	病的ギャンブリングに至る段階に応じた介入方法の検討	114
5. 5	本研究の限界と今後の課題.....	115
5. 6	まとめ	115
第6章 総合考察.....		118
6. 1	アディクションの進行を予防・介入するポイント	118
6.1.1	危険な飲酒の進行を予防・介入するためのポイント.....	118
6.1.2	病的ギャンブリングの進行を予防・介入するためのポイント	120
6. 2	物質アディクションと行動・過程アディクションのプロセスと介入における共通点と相違 点.....	123
6.2.1	物質アディクション（アルコール）と行動・過程アディクション（ギャンブル）の共通点	123
6.2.2	物質アディクションと行動・過程アディクションの相違点.....	123
6. 3	本研究の限界と今後の課題.....	124

第 7 章 結論.....	127
謝辭.....	129
文献.....	131
図表.....	140
資料.....	193

第 1 章

序論

第1章 序論

1. 1 アディクション (Addiction : 嗜癖) の概念と医療の変遷

1.1.1 アディクション (嗜癖) の概念の変遷

アディクションや依存症という疾病概念はアメリカにおけるアルコールのコントロール障害を持った当事者を中心とした市民運動の中から誕生した概念であり (2012、松本)、嗜癖という用語が中毒・乱用・依存などを十分に区別されないまま用いられていた (洲脇、2005)。その後、Edwards ら (1997) は、アルコール依存を行動面、精神面、身体面の 3 次元に及ぶ症候群としてとらえて身体依存を核とした依存症としたものの、依存症治療の診断における身体的側面からではとらえ難い新たな嗜癖行動も治療の対象とされるようになった。この中には、アルコール依存の他に、放火癖、賭博癖 (病的ギャンブリング、以下、病的ギャンブリングとする)、窃盗癖、衝動殺人等が含まれ、アルコール等の依存物質を対象としない嗜癖行動障害が注目されるようになった。このことから、それらを包括する用語として再び嗜癖という用語が頻繁に用いられるようになった (洲脇、2005)。この時点で嗜癖という用語は科学的用語として厳密に検討された用語ではなく、人の依存的、あるいは嗜癖的行動を広く包含する用語として定着したものであり、嗜癖に包含される概念はほぼ精神依存に該当すると考えられている (洲脇、2005)。

現在では嗜癖という用語が用いられており、アメリカ精神医学会作成の精神疾患の診断と統計のためのマニュアル第 5 版 (Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th edition : DSM-5、以下 DSM-5 とする) ではアルコールや薬物が位置付けられていた物質使用障害を発展させ、物質関連障害および嗜癖性障害群が診断基準として用いられている。尚、本研究で扱うアルコールは物質関連障害、病的ギャンブリングは非物質関連障害に位置づけられる (日本精神神経学会精神科病名検討連絡会、2014 ; Frances、2014 ; 和久田、2014)。

1.1.2 アディクション (嗜癖、以下、アディクションとする) 医療の変遷

アディクションとは、自分にとって不利益・不都合と認識しているが、その物質や過程・行動、あるいは関係に強迫的に囚われて自らをコントロールできない、認識と行動の解離を意味し、物質アディクション、過程・行動アディクション、関係アディクションの 3 つに分類される (西川、2012)。

我が国では、かねてよりアディクション問題と言えばアルコール問題が論じられてきた。アルコール問題は物質アディクションの中でも最も患者数が多く、一般成人集団のうちの 300-400 万人超の者にアルコールの問題があるとされる (尾崎ら、2005)。更にアルコールは、肝機能障害や生活習慣病のコントロール障害といった身体的問題にとどまらず、気分の変調が生じる精神的問題、交通事故や自死、就業上の問題や人間関係上の問題等の社会的問題など、多くの問題をはらんでおり、社会問題になっている。このことも、アルコール問題が積極的に論じられてきた要因となっているものと考えられる。

近年は、アルコール以外のアディクション問題を持つ者が増加してきたことに伴い、アルコールに限らない様々なアディクション問題に関する報告が多くみられるようになってきている。その中でも、これまで研究が蓄積されてきたアルコール問題との関連性や類似性に着目した、アルコールによる脳内の報酬と類似した脳内の報酬機序に関する研究が散見されるようになった。これらの研究では、刺激興奮を求める素質とオペラントの条件付けにみられる学習行動を物質アディクションに限らず過程・行動アディクションでも示すことを報告している (森山、2009)。病的ギャンブリングを例に挙げる

と、刺激欲求の強い個人が、抑うつ的で困難な状況下にあるとき、たまたまギャンブル行動が加わると、恍惚感や高揚感といった内的報酬が生じて、オペラントの条件付けが発動するのである。オペラントの条件付けにみられるこれらの行動は、習慣から依存へのプロセスを強化し、問題を深刻化させていく。ここで、どこまでが健康な状態で、どこからが病気であるかということが議論となるところであるが、習慣から依存へのプロセスは連続的で、境界が曖昧であることから健康や疾病にはっきりとした線を引くことは困難であるのが現状である。このことから、アディクションの概念においても正常から障害への「連続性」が強調されるようになっている（洲脇、2005）。

1.1.3 アディクションに対する治療

ここでは、アルコールとギャンブルに関する治療を述べる。

アルコール依存症者への治療では、薬物療法、認知行動療法、集団精神療法、心理教育療法、家族療法などが用いられている。

薬物療法としてはアルコール離脱症状を抑制するためのベンゾジアゼピンの投与や、飲酒行動を抑制するための抗酒剤の投与が行われている（原田、2013）。

認知行動療法は、これまでアルコール依存症者がしてきた不適切な対処行動を修正するために、飲酒問題への正しい知識と断酒のためのスキルを身に着けるために行っており（猪野、2003）、ここには対人スキルトレーニングなども含まれる。つまり、回復者の話を聞くことで自身の回復のモデルとしようとするモデリングや、再飲酒に繋がりやすい場面での回避方法を身に着ける行動訓練などがあり、対人スキルトレーニングは後者にあたる。

また、心理教育療法で近年、広く用いられるようになってきたのが動機づけ面接法である。動機づけ面接法とは Miller（1983、1996）が開発した面接法である。動機づけ面接法では行動の変化について考えない時期である前熟考期、変化の良し悪しを考慮して真剣な評価をする時期である熟考期、責任を持って変化することを決意し、実行の計画を立てる時期である準備期、具体的な変化のために行動を起こす時期である実行期、変化を維持し、長期的に継続する時期である維持期の5つの段階があり、変化の過程に応じて動機づけを強化していく面接技法である（Miller ら、2002）。従来行ってきた指示的で、飲酒により生じた問題の直面化を用いるカウンセリングに比べて患者の両価性に対応し、動機を変化させるための援助として有用であるとされ（Miller ら、2002）危険な飲酒をしている者に動機づけ面接法を用いることで危険な飲酒が軽減したとの報告もみられる（Satre ら、2013）。

家族療法は家族に対する認知行動療法であり、家族の関わりを変えることで依存症を回復へと向かわせる目的で行われる。ここでは、アルコール依存症に対する知識の提供や、対応方法について身に着けるために行われる。近年、アルコール依存症者同様、家族に対しても動機づけの方略として CRAFT（Community Reinforcement and Family Training：コミュニティ強化と家族訓練、以下、CRAFT とする）が用いられるようになってきている（Smith ら、2012）。

また、病的ギャンブルについては集団精神療法、内観療法、認知行動療法、条件反射制御療法などの治療アプローチがとられている（佐藤、2013）。

これまで述べたように、これまで依存症に至った者に対して心理教育療法を含む様々な治療介入がなされてきた。つまり、これまででは依存症に至ったものに対する治療や、それに関する研究が主流であるということが出来る。

1. 2 危険な飲酒の現状と変遷

1.2.1 世界的に見た危険な飲酒の現状と変遷

世界的に、節度を越えたアルコールの有害使用は健康障害の主たる危険因子となっている。WHO (World Health Organization、以下、WHO とする) は、飲酒は早死や身体的障害の第 3 番目の因子として列挙され、世界中でおよそ 250 万人 (3.8%) がアルコール関連の原因で死亡していることを報告し、その中には 32 万人の 15~29 歳の若者が含まれるとしている (WHO、2005)。この深刻な状況を踏まえ、2005 年 5 月の第 58 回世界保健総会で、アルコール関係の決議文が採択された (WHO、2005)。これによると、WHO 加盟諸国に次の 3 点を要請された。

1. アルコールの有害な摂取による健康や社会への悪影響を低減するための効果的な戦略およびプログラムを作成、実行、評価すること
2. 科学団体、専門団体、非政府団体、およびボランティア団体、民間部門、市民社会、産業組合など、関係するすべての社会・経済グループを動員し、アルコールの有害な摂取の低減に積極的かつ適切に関与するよう促すこと
3. 必要であれば、関心を示している加盟国の自主的貢献によるものも含め、事務局長に要請する 10 の作業を支援すること

これに加え、第 63 回 WHO 総会ではアルコールの有害使用の低減世界戦略草案が全会一致で採択された (WHO、2010)。この世界戦略は次の 5 つの目的を掲げている。

1. アルコールの有害使用によって引き起こされる健康、社会、経済上の問題の規模と本質について、世界の認識を高め、アルコールの有害使用の対策に本気で取り組もうとする政府の関わりをさらに深めること
2. アルコール関連の害の大きさや決定要因、およびこのような害を低減し防止するための効果的な介入策について、その知識基盤を強化すること
3. アルコールの有害使用を防止し、アルコール使用障害とそれに伴う健康状態に対処するため、加盟国への技術支援を強化し、それらの国々の受容力の向上を図ること
4. 関係国間のパートナーシップの強化と、より良好な協調関係を促進し、アルコールの有害使用の防止に向けた適切で協調的な行動に必要な資源をさらに引き出していくこと
5. 様々なレベルでの観察やモニタリング・システムを強化し、支援活動、政策展開、および評価項目のために、この情報をさらに効果的に広め、適切に用いること

さらに、加盟国に対して次の 4 点が要請された。

1. リーダーシップ・自覚およびコミットメント、保健医療サービスの対応、地域社会の活動をはじめとする 10 領域とし、各国が政策的に選択・介入すること
2. アルコールによって生じる公衆衛生問題に関する対策を継続すること
3. アルコールの有害使用により危険な状態にある人々・若者および他者の有害な飲酒で影響を受けている人々を守るための国の努力を強化すること、
4. アルコールの有害使用の低減に向けた世界戦略の進捗状況が確実に国の監視システムに反映され、WHO のアルコールと健康に関する情報システムに対して定期的に報告すること

尚、WHO では現時点では有害な使用やアルコール依存症に該当しないものの、現状の飲酒を続けていくと、そのような問題を引き起こす可能性の高い飲み方を危険な飲酒としている。具体的にどの様な飲み方がこれに該当するかは言及されていないが、一般的には AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test、以下、AUDIT とする) で 8 点以上がこれに該当するとされる。

1.2.2 我が国における危険な飲酒と医療の現状

1.2.2.1 我が国における危険な飲酒の現状

我が国では、アルコール消費量は、第二次世界大戦以降の経済成長、国民所得の増加、生活様式の欧米化などにより毎年急激な増加を示してきた（堀江、2007；丸山、2007；丸山他 2005）。1980年代前半からは従来飲酒の機会の少なかった女性等の飲酒習慣が普及し、更に増加傾向を示した。1992年ごろから全体として微増または横這いの傾向を示しているが、他の先進諸国が過去十数年間で減少傾向にあるのに反して、我が国はいまだ減少がみられていない数少ない国である（丸山、2007）。飲酒人口は34年間で2倍以上となり、それに伴いアルコールによって起こる精神・身体臓器の障害であるアルコール関連障害や、飲酒に起因する身体・精神・社会問題を含むアルコール関連問題も浮き彫りにされている。角田は、一般病院の入院患者を対象として、問題飲酒者のスクリーニングテストであるKAST（Kurihama Alcoholism Screening Test、以下、KASTとする）を実施した。これによると、大量飲酒が原因で病気をきたしているとは推測されるケースは14.7%（約21万人）存在し、外来患者まで拡張して推計すると約119万人にも上ると報告している（角田、1993）。また、遠山は2003年に実施した全国調査の結果、AUDITで12点以上の者は654万人に上るとの推計を出している。さらに、尾崎ら（2005）は、一般成人集団を代表するような標本に対する断面面接調査において、問題飲酒者のスクリーニングテストであるCAGE（Cutting down on drinking, Annoyance at other's concerns about drinking, feeling Guilty about drinking, using alcohol as an Eye-opener in the morning、以下、CAGEとする）、AUDIT、KASTを実施した結果、問題飲酒者と判定される人数が300～400万人超と推計されると報告している。このことから、我が国における飲酒人口増加に伴う問題飲酒者の増大は明らかである。

1.2.2.2 危険な飲酒に対する予防的観点の現状

赤澤ら（2010）は、有職者は無職者に比べてアルコール使用障害（乱用もしくは依存）の診断が可能と判断される者が多く存在することを指摘している。さらに、有吉ら（2009）は、大企業に比べて中小規模の事業所では人間関係の問題が多く発生し、仕事上の不満や人間関係の悪化から不満を晴らすために過度な飲酒をする者が見られるが、従業員50人未満の中小・零細企業従事者の場合は産業保健的支援から漏れてしまうことが少なくないとされる（赤澤ら、2011）。このことから、節度を越えてアルコールを有害に使用する背景には仕事上のストレス等の直視し難い現実が関連しており、特に、アルコールの有害使用を引き起こすリスクの高い中小・零細企業においてはアルコール問題を持ちながらも保健的支援を受けることができず、問題が深刻化している現状が伺える。他方、加藤ら（2007）が東京地区の産業医の研修会において医療従事者を対象に行った職場での飲酒指導に関するアンケート調査によると、飲酒機会や飲酒量はおおむね聞いているものの正確な飲酒量が把握できておらず、飲酒歴、職場での飲酒による欠勤やアルコール臭、アルコール依存症のスクリーニング等を聞いておらず、飲酒の具体的な量、休肝日を指示している現状が報告されている。このことから、予防的観点からの適切なスクリーニングはなされていないのが現状である。

1.2.2.3 アルコール健康障害対策基本法の施行

我が国では、アルコールに関連する疾患、妊婦の飲酒により引き起こされる胎児性アルコール症候群、未成年者の飲酒、自殺が社会的にも問題になっている。さらに、飲酒運転や児童虐待、暴力犯罪等、事故や犯罪のリスク要因ともなる（加藤ら、2011；松本、2011；長、2011；森田、2011；真栄

里、2011)。このような現状に加え、先にも述べたとおり 2010 年に WHO が採択したアルコールの有害な使用を低減するための世界方略を受け、2014 年 6 月 1 日よりアルコール健康障害対策基本法が施行された。ここで用いられているアルコール健康障害とは、アルコール依存症その他の多量の飲酒、未成年者の飲酒、妊婦の飲酒等の不適切な飲酒の影響による心身の健康障害を示している（内閣府、法務省、国税庁、文部科学省、厚生労働省、2014）。本法では、国・地方公共団体・国民・医師等・健康増進事業実施者の責務とともに、事業者の責務として、アルコール健康障害の発生、進行及び再発の防止に配慮する努力義務を規定している。さらに、基本施策として教育の進行・不適切な飲酒の誘引の防止・健康診断及び保健指導・アルコール健康障害に関わる医療の充実等・アルコール健康障害に関連して飲酒運転等をした者に対する指導等・相談支援等・社会復帰の支援・民間団体の活動に対する支援・人材の確保等・調査研究の推進等を規定している。そして、本法対策推進会議は閣府、法務省、財務省、文部科学省、厚生労働省、警察庁その他の関係行政機関の職員で構成されている。

我が国はこれまで依存症者に対する治療に重点が置かれていたが、アルコール健康障害対策基本法施行により、これまで行われていたアルコール依存症者への治療に加え、アルコールに起因する健康障害の予防に力を注ぐよう方針を転換している。

1. 3 病的ギャンブリングの現状と変遷

1.3.1 世界的に見た病的ギャンブリングの現状

病的ギャンブリングは、持続的に繰り返されるギャンブルの結果、社会的、職業的及び家庭生活に破綻をきたす疾患であり、買い物依存、セックス依存、病的借金、理由なき殺人などと同様、社会的には注目されている衝動制御障害である（松澤、2005）とされていた。しかし、先にも述べたとおり、DSM-5 より物質関連障害と同様アディクションの中の非物質関連障害に位置づけられた。これに加え、ギャンブルとは、結末がはっきりと分からない活動や出来事のために、価値のあるもの（普通はお金）を失う危険にさらすことであると言われている（Fong ら、2010）。

Stinchfield ら（2004）が先行研究を概観した報告によると、ギャンブル産業や特定の宝くじの成長、ギャンブルに対する社会の受容、ギャンブルの振興等の理由から 1984 年から 1999 年までに若者のギャンブル問題に関する報告が大幅に増加しているとしている。さらに、1995 年に北米の未成年者に対して行われた SOGS（the South Oaks gambling Screen、以下、SOGS とする）を用いた調査では、対象者 651 人のうち 8%が問題ギャンブラー、15%が問題ギャンブラーのリスクがあると判定されたことを報告している（Stinchfield、2004）。

また、Carragher ら（2011）はオーストラリアのアルコールと薬物の調査に協力を得た 11,104 名のデータを用いて DSM-IV（Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th edition、以下 DSM-IV とする）の病的賭博評価基準に適応したギャンブラーの分類を行ったところ、節度のあるギャンブラーは 6.1%、問題のあるギャンブラーは 0.6%と分類されたとしている。ブラジルにおいては 14 歳以上で調査協力の得られた 3,007 名のうち、DSM-IV の病的賭博評価基準で問題あり、病的ギャンブラーと判定される者はそれぞれ 32.7%、24.9%いることを報告している（Carneiro ら、2014）。また、ギャンブルの種類について Welet（2004）は 2,168 人への電話調査の結果、カジノが病的ギャンブリングの高いリスク要因となっていることを、また、Gainsbuy ら（2014）は、インターネットカジノをする者はインターネットポーカーをする者に比べて、当該ギャンブルで失ったお金をそれで取り戻そうとする傾向があることを示している。この他、森山（2008）は諸外国のギャンブル事情

について、イギリスの中高生ではギャンブルの対象はスロットとスクラッチ式のロトとなっていること、カジノのないノルウェーはギャンブルと言えばスロットとロトであり、病的ギャンブラーは成人人口の0.6%にとどまっていることを報告している。

さらに、この報告によると20歳未満の危険なギャンブラーは男性に多く、電子ゲーム、カードゲーム、非合法くじ等非商業的に構造化されたゲームを好み、35歳未満の若い病的ギャンブラーは通常のギャンブルから病的ギャンブリングまでの進行が速いとしている（Carneiroら、2014）。このことから、先進国と新興国とに有病率、もしくは問題のあるギャンブラーの割合やその要因となるギャンブルの種類が異なっている現状が伺える。

尚、韓国においては我が国におけるパチンコと類似したメダルチギという遊技による換金行為を2006年に禁止している（古川、2013）

1.3.2 我が国における病的ギャンブリングの実態

1.3.2.1 ギャンブルの位置づけ

我が国では特別法で認められた公営ギャンブルを除き、刑法でギャンブルを禁じている（古川、2013）。公営ギャンブルはその種類により定められる法律と監督官庁が異なり、以下のようになっている（宮岡、2013；古川、2013）。

競馬：競馬法（農林水産省）

競艇：モーターボート競走法（国土交通省）

競輪：自転車競技法（経済産業省）

オートレース：小型自動車競走法（経済産業省）

宝くじ：当選金附証票法（総務省）

スポーツ振興くじ：スポーツ振興くじの実施等に関する法律（文部科学省）

一方、パチンコ、パチスロ麻雀などは風俗営業等の規制及び業務の適正化等に関する法律に基づき、都道府県公安委員会が営業を許可する「遊技」とされている。これらの法律に反する者は刑法第二編第二十三章「賭博及び宝くじに関する罪」に罰せられる。

1.3.2.2 病的ギャンブリングの現状

我が国のギャンブル産業の年商は30数兆円であり、その年商の8割5分をパチンコ・スロットが占めている（森山、2009）。また、古川はオーストラリアのGaming technologies associationの報告を紹介しており、その報告によると2011年時点で全世界のゲーム機7,011,000台のうち、日本のゲーム機が60%を占めていたのである（2013）。つまり、我が国のゲーム機保有台数は他を逸しているといえる。そして、病的ギャンブリングを示すギャンブルのうち、8割を超える者がパチンコ単独、もしくはスロット単独、あるいはパチンコ・スロット併用の依存を形成している（森山、2008；太田、2008；原田ら、2010）という現状がある。パチンコ・スロットは我が国特有のギャンブルであり、世界一のゲーム機保有台数を誇る我が国では、日常的に行いやすいギャンブルであるといえる。これについてレジャー白書では、2011年のパチンコやパチスロ経験人数は年間1,260万人（12.3%）であったのに対し、2012年では1,110万人と前年度より150万人（1.9%）減少していることが報告している（日本生産性本部、2013）。1.9%の減少はみられるものの、年間に日本国民の1割がパチンコやスロットを経験していることになる。

さらに、パチンコ依存問題電話相談事業を行っているリカバリー・サポートネットワーク（2012）

は、パチンコ、パチスロに問題を持つ者のうち、46%が10代、20代までに84%がパチンコ・スロットを開始しており、3%が10代、28%が20代から借金をしながら当該ギャンブルをしていることを示した。つまり、潜在的な病的ギャンブラーが多く存在しているのである。

また、これまでの病的ギャンブラーへの介入を見ると、多重債務問題で弁護士や司法書士といった法律専門家に相談した際、任意整理、過払い返還訴訟、破産等の手続きを取るものの、多くの場合、多重債務問題となった病的ギャンブラーという問題は見過ごされている。そのため、一定期間を過ぎると同様の問題を繰り返すこととなり、結果的に社会的、職業的及び家庭的生活の破綻をきたすこととなる。他方、病的ギャンブラーの治療に関わる医療を見ると、病的ギャンブラーは治療を要する病態であるものの、臨床医においても病的障害と診断をするのにも躊躇しやすく（副田、2004）、適切な診断・治療が行われていないのが現状である。つまり、病的ギャンブラーに直接対峙する法律専門家、医療従事者ともに、病的ギャンブラーそのものの理解が浸透していない状況なのである。

病的ギャンブラーは先にも述べたように、持続的に繰り返されるギャンブルの結果、社会的、職業的及び家庭的生活に破綻をきたす疾患であり、社会的には注目されている一方、精神医学的な研究の乏しい分野である（松澤、2005）。また、病的ギャンブラーは男性では青年期から、女性では中年期から始まることが多いとされているが（副田、2004）、我が国において、病的ギャンブラーに関する本格的疫学調査は行われていないのが現状である。さらに、ギャンブル経験者に潜む病的ギャンブラーについて、ギャンブルへのめり込みによりコントロールを喪失し、精神的・社会的に危機的状況となっている者が病気に進行していく過程や、それに応じた介入方法については未だ明らかにされていない。潜在する病的ギャンブラーの早期発見・重症化防止、及び将来病的ギャンブラーになるリスクのある者の予防的な関わりは急務であると考えられる。

1.3.2.3 カジノ導入への動き

観光振興、地域振興、産業振興等、経済の活性化の目的から、近年、国際観光産業振興議員連盟（IR議連、以下、IR議連とする）によりカジノ解禁推進法案（特定複合観光施設区域の整備の推進に関する法律案）を国会に提出する公算が高くなっている。

この法案は2011年初頭に「カジノ運営について、国際観光を誘致する観点から賭博罪の適用除外を検討すべき」との方向性を明確に打ち出され（古川、2013）、その後、震災復興、東京五輪に向けた振興等の目的も加わり法案成立に向けた動きが活性化している。

一方、病的ギャンブラーの観点や社会秩序、保安上の観点等からこの法案に否定的な意見も出ている昨今、導入するにあたる慎重な議論が求められている。

1.4 アルコールとギャンブルの関連と相違

先にも述べたように、アディクションに関する脳内の報酬と類似した脳内の報酬機序に関する研究が散見されるようになった。Achesonaら（2009）は、アルコール依存症の家族を持つ者とそうでない者との認識、感情処理、社交性、意思決定の差を明らかにするために、シミュレーションのトランプゲームをしているところをfMRI（functional Magnetic Resonance Imaging）で撮影し、アルコール依存症の家族を持つ者は、左背前部の帯状束皮質および左尾状核で活性化したことを示した。また、アルコール依存症の家族を持つ者はアルコールやその他の物質使用障害を発症しやすいと言われている（Liebら、2002）。このように、家族と依存性についての報告は多くみられる。

また、アルコールとギャンブルとの関連について Welet (2004) は、アルコール乱用はギャンブル問題の深刻化の前兆となることを報告しており、同様の結果の報告もある (Franco ら、2011)。他方、Castro ら (2007) は、ギャンブルへの渴望はポジティブな作用に逆相関し、アルコールへの渴望はギャンブルへの渴望にネガティブな作用に相関すると報告している。このようにアルコールとギャンブルとの関連については統一された見解は得られておらず、研究の蓄積を要する分野である。

1. 5 早期発見・早期介入・重症化予防の必要性

アルコール依存症に代表される物質アディクションは、障害に至る前の早期の段階ならば比較的短期間の治療介入でより高い治療効果をもたらすものの (樋口ら、2000)、問題や障害が深刻化するに伴い治療による効果や、治療によりもたらされた効果の持続が図りにくい状態となってしまうとされる。このような状況は、過程・行動アディクションである病的ギャンブリングにも共通しており、発見・介入の遅れが問題を深刻化している危険性がある。

一方、筆者は、アルコール依存症者とその家族を対象に行った研究において、対象者がアルコールを乱用するに至った背景には不景気に伴う社会的不安や職場でのストレスといった直視し難い現実があり、直視し難い現実を忘れるために節度を越えたアルコールの有害使用をしていたことを報告した (2014)。ここで注目すべき点は、対象者自身は自己の飲酒に問題があるとは認識しておらず、自己の飲酒に問題があることに気付いた時にはすでに止めようとしても飲酒を止めることができなくなっていた点である。更に、家族も対象者の飲酒問題に気付くことができず、問題に気付いた時にはすでにアルコールに対して身体・精神依存を形成し、飲酒を中断することができなくなっていた、つまり、アルコール依存症に至っていたのである。この背景には、対象者自身やその家族がアルコールの有害作用についての正確な知識を持ち得ていない現状があり、健康的な飲酒に関する知識の普及や、問題が生じた際の支援等、早期発見・早期介入のための体制が整っていない実態がある。問題を深刻化させないためには、アルコール依存症に至る前の時期、つまり、危険な飲酒をしている者が早い段階で対処行動をとることができるようにすることが重要なのである。

アルコール依存症は、重症化に伴い身体的な障害、精神的な不安定さ、そして仕事を失う、家族を失う等の社会的な影響を及ぼす。また、病的ギャンブリングは多額の借金をもたらす、その借金問題は本人のみならず、家族の将来設計にも影響を及ぼすこととなる。このような状況に陥る以前に、これまで見逃されていた段階で危険な飲酒やギャンブルをしている者を発見し、重症化を防ぐための援助をしていくことが必要である。

1. 6 本研究の目的と論文の構成

これまで、物質、行動・過程、関係アディクションのうち、複数のアディクションが合併している状態（小塚、2011）であるクロスアディクションへの治療がなされてきたが、合併する全てのアディクションを治療するというよりは、重症化しているアディクションへの治療が優先されてきた。この背景には、研究蓄積の差異により治療の方法論が確立されているものとそうでないものがあるため、積極的な治療には至っていないことが関連している。このような背景を踏まえ、本研究では、物質アディクションであるアルコールと、行動・過程アディクションであるギャンブルに焦点を当て、アディクションの成立過程とそれを予防するための介入を本人、及び家族の観点から検討する。このことにより、アディクションの本質に迫り、包括的に捉えることができる。また、これまで様々な検討がなされてきた物質アディクションの介入方法を近年クローズアップされてきた行動・過程アディクションへの適応の可否を検討することで、総合的な介入への示唆が得られるものとする。

以上より、本研究ではアルコール依存症や病的ギャンブリングに至る前の段階で危険な飲酒、あるいは危険なギャンブルをしている者を早い段階で発見し、介入することで重症化を予防していくことを目指している。このことから、本研究の目的は以下の3点である。

1. アディクションに至るプロセスと、それに関わる心理行動特性を明らかにする
2. アディクションの進行を予防・介入するポイントを明らかにする
3. 物質アディクションと行動・過程アディクションのプロセスと介入について、共通点と相違点を明らかにする

上記、目的に沿って、第2章・第3章で危険な飲酒、第4章・第5章で危険なギャンブリングについて検討する。第2章の研究1ではアルコール依存症患者と家族の、危険な飲酒の認識が変化していくプロセスを比較し、患者及び家族への介入時期・方法を検討するための面接調査を行った。この結果を踏まえ、第3章の研究2では飲酒のリスクを判断し、飲酒のリスクに応じた対処スキルの指導に繋げることを目的とし、質問紙調査を実施した。第4章の研究3、第5章の研究4も同様に、病的ギャンブラーとその家族に対して面接調査、質問紙調査を行い、アディクションに至るプロセスとそれにかかわる心理行動特性、及びアディクションの進行を予防・介入するポイントを示した。また、第6章の総合考察において、物質アディクションと行動・過程アディクションのプロセスと介入について、共通点と相違点を検討した。

文献展望

第1章 序論

危険な飲酒に関する研究

第2章
危険な飲酒 (Hazardous drinking) の
認識における変化のプロセス (研究1)

第3章
危険な飲酒 (Hazardous drinking) を
予防するための飲酒リスク判断に
関する研究 (研究2)

危険なギャンブルに関する研究

第4章
危険なギャンブルの認識における
変化のプロセス (研究3)

第5章
病的ギャンブルの重症化に影響す
る要因と、段階に応じた介入方法の検
討 (研究4)

第6章 総合考察

第7章 結語

第 2 章

危険な飲酒（Hazardous drinking）の 認識における変化のプロセス （研究 1）

第2章 危険な飲酒 (Hazardous drinking) の認識における変化のプロセス (研究 1)

2. 1 目的

アルコールに起因する問題を持つ者へは、早期の介入が不可欠である。樋口ら (2000) は、何らかのアルコール関連問題を持ちながらも、連続飲酒または離脱症状を示すまでに至っていない人を全て含む広い概念であるプレアルコホリックへの短期治療介入 5 カ月後の断酒率が 50%であったと報告している。一方、Smothers ら (2003) は、一般病院で DSM-IV のアルコール関連障害の診断基準を満たす者のうち、実際に指摘された者は 40-42%、治療を勧められた者は 24%に過ぎないことを報告している。

また、加藤 (2007) は職域でのアルコール使用アセスメントも十分とは言えないことを指摘している。このことから、生活習慣病等に潜む不適切なアルコール使用の問題は見逃されている可能性がある (Cherpitel, 2006; Johnsson, Akerlind & Bendsten, 2005)。さらに赤澤ら (2010) は、有職者は無職者に比べてアルコール使用障害 (乱用もしくは依存) の診断が可能と判断される者が多く存在することを指摘している。また、有吉ら (2009) は大企業に比べて中小規模の事業所では人間関係の問題が多く発生し、仕事上の不満や人間関係の悪化から不満を晴らすために過度な飲酒をする者が見られると指摘しているが、従業員 50 人未満の中小・零細企業従事者の場合は産業保健的支援から漏れてしまうことが少なくないとされる (赤澤他, 2011)。このことから、節度を越えてアルコールを有害に使用する背景には仕事上のストレス等の直視し難い現実が関連しており、特にアルコールの有害使用を引き起こすリスクの高い中小・零細企業においてはアルコール問題を持ちながらも保健的支援を受けることができず、問題が深刻化している現状が伺える。本研究では、これまで見逃されてきた危険な飲酒をしている者を早期に発見し、早期に介入するための基礎的資料とすべく、アルコール依存症患者と家族の語りから、危険な飲酒 (Hazardous drinking) の認識が変化していくプロセスを比較することで、患者及び家族への介入時期・方法を検討することを目的とする。

2. 2 研究方法

2.2.1 研究デザイン

対象者に対して、インタビューガイドを用いた半構造化面接を行った。家族に対しては、家族から見た患者の状態に焦点を当てた語りとなるよう説明した。インタビューは患者と家族別々に個室で行い、対象者の同意を得て IC レコーダーに録音するとともに、メモを取りながら行った。

データは、対象者の背景については診療記録、看護記録より収集した。また、患者及び当時同居していた家族 (以下、家族とする) に対して危険な飲酒当時の認識 (身体的・精神的・社会的状態)、変化についての語りを得るため半構造化面接を行った (表 1-1)。

データの分析には、質的帰納的方法を用いた。まず、分析するにあたり、面接により得られたデータから逐語録を作成した。逐語録データから語られた文脈を重視し、患者及び家族の危険な飲酒に関する語りの中から単独で理解可能な最小単位の言葉や文節を取り出した。その際、当時はアルコールから生じている問題として捉えていたという語り、当時は気づいていなかったが、現在はアルコールから生じていたものと捉えているという語りのどちらも取りだした。その後、その意味を解釈し、それらを類似性と相違性の観点から継続的に比較し、関連性を検討した。研究参加者が危険な飲酒当時の思い・気持ち・言動・状態について語った言葉や文節で関連性が見出されたものをサブカテゴリ

一とし、同様にサブカテゴリー間で類似性が見出されたものをカテゴリーとした。さらに、カテゴリー相互の関係からコアカテゴリー化し、その概念を簡潔に文章化した。

2.2.2 対象の選定

対象者は 1) 都内精神科アルコール依存症専門病棟に入院している者であり、かつ、2) 断酒後 2 ヶ月以上経過して離脱症状が消失しており、自己のアルコールによる影響に関する経験について振り返ることが可能であり、3) 当時同居していた家族からの語りを得られる者の、3 条件を満たした者とし、平成 22 年 1 月～5 月、平成 23 年 8 月～平成 24 年 4 月に半構造化面接を行った。参加者の選定に際しては、研究分担者である病棟師長及び患者の主治医から紹介を得た。

尚、家族については患者が危険な飲酒当時に同居しており、かつ患者のアルコールに起因する問題が生じたときに 20 歳以上だった者とした。

2.2.3 確実性・適用性・一貫性・確証性の担保

本研究では、研究計画立案から分析に至る全ての過程で慢性看護学に携わる指導者からスーパーバイズを受けるとともに、数名の研究者とディスカッションした。

分析過程においては常に逐語録と突き合わせた。また、患者からだけでなく当時の同居家族からも情報を得ることで確実性の担保に努めた。さらに、論文中に詳しい記述をすることで適用性を、指導者からのスーパーバイズを受けると共に数名の研究者とディスカッションすることで一貫性・確証性の確保に努めた（麻原ら、2007）。

2.2.4 倫理的配慮

本研究は、平成 22 年度群馬大学医学倫理委員会（臨床研究）及び、平成 23 年度首都大学東京健康福祉学部研究安全倫理委員会の承認を得て行った。本研究に実施にあたり施設責任者、病棟師長に研究概要とインタビュー内容を文書及び口頭で説明し、承諾を得た。また、研究協力者には個人のプライバシーの保護に最大限に留意すると共に、自由意思による参加、同意の撤回等も文書および口頭で説明し、同意書をもって同意を得た。さらに研究への協力や途中辞退したい場合には、研究協力者が研究者以外にも相談できるように、研究協力者にとって身近な病棟師長を相談者とした。

2. 3 結果

2.3.1 対象者の概要

平成 23 年度は 8 組の患者及び家族にインタビュー調査を行い、2 ヶ年で合計 15 組（男性 14 名、女性 1 名）からのデータを得た。インタビューした家族（当時の同居者）の内訳は夫 1 名、妻 10 名、母親 4 名であった。この 15 組（30 人）の 1 人あたりの面接時間は 23～50 分であった。

患者の年齢は平均 51.1 歳（SD：14.6 歳、Range：29-75 歳）であり、危険な飲酒当時の年齢は平均 38.0 歳（SD：17.2 歳、Range：18-73 歳）、アルコール依存症と診断された年齢は平均 48.4 歳（SD：16.4 歳、Range：28-76 歳）であった（Table1-2）。

全対象者（患者）のうち 14 名が職業を有しており、1 名は専業主婦であった。アルコール専門病棟に入院経験のある者は 5 人であり、いずれも治療中断歴はなかった。また、14 名が内科・外科のどちらか一方あるいは両方に入院した経験があった。

2.3.2 患者と家族の認識

危険な飲酒の認識として、4つのコアカテゴリーが得られた。さらに、この中から、患者は8カテゴリー、家族は10カテゴリーが抽出された (Table1-3, Figure1-1)。以後、コアカテゴリーは《 》、カテゴリーは【 】、サブカテゴリーは〈 〉、患者、及び家族の言葉や文節である生データ (以下、データとする) は「 」で表す。

《お酒の効用を求める》

《お酒の効用を求める》は【積極的な効果を求めて飲む】、【危機感のない飲酒】、【飲酒に寛容な環境】の3つのカテゴリーから構成された。このコアカテゴリーは、健康を害するほどの量のアルコールを飲んではいないものの、対象は悪影響を及ぼすような身体的・精神的・社会的変化を感じておらず、飲酒によってもたらされる効果を期待して飲んでいた段階を表す概念の総括として生成した。

1) 【積極的な効果を求めて飲む】は、〈好きだから飲む〉、〈お酒の力を借りる〉、〈癒しとしてのお酒〉、〈楽しく飲む〉の4つのサブカテゴリーから構成され、患者と家族双方から見て飲酒による正の効果を期待して楽しく飲んでいた状況の総称とした。

〈好きだから飲む〉

ここでは患者、家族共にお酒が好き、それゆえお酒を飲むことを示すことが語られていた。

具体的なデータとしては、患者からは「好きでお酒を毎日飲んでいて」、「好んで飲むほうだから、止めようと思ったことはない」等が抽出された。また家族からは「お酒が一番大事なもの」、「お酒が好き、飲みに行くのも好きだった」等が抽出された。

〈お酒の力を借りる〉

ここでは患者、家族共に鬱で動けない状態やコミュニケーションツールとして、あるいは疲れを癒すため等、飲むことでお酒の効力を得ていたことが語られた。

患者、家族それぞれのデータとして、患者については「アルコールを飲むと不思議と動けた」、「コミュニケーションをとるために飲んだり、気合いを入れるために飲んだりしていた」等からなった。また、家族は「鬱で動けない自分にジレンマがあり、その気晴らしでお酒を飲めると体が動いたのが本人の言う (飲むようになった) きっかけ」、「仕事の疲れを癒すためのお酒」等のデータが得られた。

〈癒しとしてのお酒〉

このサブカテゴリーでは、嬉しい時や悲しい時等、どんな時でもお酒が自分に寄り添い、心を和ませていたことが語られた。

患者からのデータとしては「どんないい事があっても一緒に喜べるのが酒だったし、悲しい時に一緒に泣いてくれるのは酒だった」、「酔うことは楽しくなること、嫌なことを忘れられること」等であり、家族からは抽出されなかった。

〈楽しく飲む〉

ここでは、家族から見ると酔った状態の患者は楽しそうに見えていたことが語られた。

「初めは楽しいお酒だった」、「お酒を飲めば多少陽気になるくらいで、飲んでいないときとあまり

変わらない」等であり、家族のみから抽出された。

2)【危機感のない飲酒】は、〈お酒に強いという自負〉、〈気付かず飲む〉、〈気にせず飲む〉、〈とにかく飲む〉の4つのサブカテゴリーから構成され、アルコールの有害使用をしていた状況の総称とした。

〈お酒に強いという自負〉

患者自身が自分のお酒の強さを感じており、そのことを表現していた。

「自分は酒強いんだろうと思い始め、ほかの人と飲み比べしても負けたことがないくらい飲んでいた」、「夫から飲みすぎといわれても、まだ大丈夫、私は（お酒に）強いからみたいな感じで飲んでいた」等であり、患者のみから抽出された。

〈気付かず飲む〉

患者自身、自分の飲み方やその認識について指摘を受けることなく、飲み方の特徴について気付くことなく飲んでいたことが語られた。

患者のみから抽出され、「誰からの指摘も受けず、自分自身では普通だと思っていた」、「お酒は水と同じとっていて、考えなしに飲んでいた気がする」等であった。

〈気にせず飲む〉

ここでは、患者と家族からお酒の酔いや、飲み過ぎた時に生じる症状について気に留めずに飲み続けていたこと語られた。

患者からは「酔いつぶれるまで飲んで、ストッパーみたいのは別になかった」、「とことん飲むのが男だから、飲みたいだけ飲んでいた」等、家族からは「高校生の時には吐いては飲み、吐いては飲みし、友達とワイワイやって無理やり飲んでいた」等のデータが抽出された。

〈とにかく飲む〉

家族からみた患者の状態として、時間や酩酊を気にせずに飲んでいて様子が語られた。

「若い頃はタクシーで午前様、あちこち飲んで梯子していた」、「飲んで道端でひっくり返って、パトカーで保護されて警察から電話がかかってきたことがあった」であり、家族のみから抽出された。

3)【飲酒に寛容な環境】は、〈職場も飲酒を容認〉、〈飲酒が進む環境〉、〈家族も飲酒を容認〉の3つのサブカテゴリーから構成され、周囲も飲酒を肯定的に捉え、飲酒しやすい状況の総称とした。

〈職場も飲酒を容認〉は、患者については「3交代で、少し寝るために飲んで来たり、仕事に来たときには酒臭かったりは普通だった」、「会社の人（二日酔いを）黙認していた」等であった。また、家族については「それぞれの会社で、お酒飲んで行っても大目に見てくれたんじゃないかなと思う」等であった。

〈飲酒が進む環境〉

飲む人（飲める人）が集まるお酒の席は楽しい場であり飲酒量が増えていったこと、あるいは、周囲からも「飲む人」と捉えられていたことが語られた。

患者から抽出されたデータは「(飲み始めは) ワイワイガヤガヤ飲むのがきっかけで、毎日安い居酒屋に集まって安く過ごしていた」、「友達の方が私より飲む」等であり、家族からは「ママ友はかなり飲む人たち、そのペースでどんどん飲みちゃうので飲んでいた」、「お昼と一緒に食べに行くと、頼んでもいないのにビールの栓を開けたのが出てきた」等からなった。

<家族も飲酒を容認>

患者が飲む事について否定的な認識はなく、家族も飲むことを容認していた様子が語られた。

ここでは患者については「お酒を飲んで父親からはお小遣いをもらい、お酒イコール楽しいことしかなかったから飲みに行くって誘われたら尻尾を振ってついて行っていた」等からなり、家族は「飲みすぎだとは思っていたけれど、家族も飲むし、初めは大丈夫だろうという甘い考えだった」、「ある程度節度は守ってね、みたいな形でOKを出していた」等のデータからなった。

《直視し難い現実から逃れる》

《直視し難い現実から逃れる》は【対処方法としてのお酒】、【拍車をかけて飲む】、【コントロールして飲む】の3つのカテゴリーから構成された。このコアカテゴリーは、社会上の困難な出来事へのコーピングとしてアルコールを使用しており、かつ飲酒量や飲酒パターンを自身の意思でコントロールできていた段階を表す概念の総括として生成した。

1) 【対処方法としてのお酒】は、<何をやるにも飲酒>、<飲んで苦痛を紛らわせる>、<現実から逃れるために飲む>、<仕事が上手くいかない重圧>、<寝るために飲む>、<飲んで悩みを解消>の、6つのサブカテゴリーから構成された。このカテゴリーは、日常生活の中で生じる困難な出来事をお酒の力を借りて対処しようとしていた状況の総称である。

<何をやるにも飲酒>

友達と遊ぶ時等には飲酒がつきものであり、お酒がないということは考えられなかった状況が語られた。

ここでは、「金曜日とか土曜日とか次の日が休みになると、友達と一緒に酒盛りし、素面で友達と遊ぶことがまずなくなった」等のデータからなり、患者のみから抽出された。

<飲んで苦痛を紛らわせる>

社会生活の中での苦痛からとても素面ではいられず、酩酊状態を得ることで現実に向き合わなくてよい状態を作り出していたことが語られた。

患者のみから抽出され、「酔い潰れて明日を迎えたい、あまり考えなくていいような状態まで持って行って明日を迎えたいという思いで飲んでいた」、「苦しいお酒、おいしいと思って飲んだことは一度もない」等からなった。

<現実から逃れるために飲む>

向き合いたくない現実から逃避するための手段として飲酒が選択され、飲むことで安らぎを得ていたことが語られた。

ここでは患者からは「やらなければいけないことをどうしてもやりたくないから飲む、逃避の手段だった」、「手っ取り早く、一番効果がでるのがお酒だった」等のデータが抽出された。また、家族からは「お酒を飲んでふわっと酔っている状態が自分にとって現実逃避できる、安堵感のある気分だったのかもしれない」、「営業でノルマが達成できなかつたり、ノルマをかけられたときには深酒したんだと思う」、「自分が行き詰ったりするとみんな酒に行っていた」等のデータが抽出された。

<仕事が上手くいかない重圧>

仕事が上手くいかないため、それを忘れるために飲むということを繰り返していたことが語られた。患者のみから抽出され、「不景気で仕事を切られ、仕事に就いてもまた切られということが続き、変な飲み方になった」等であった。

<寝るために飲む>

眠れない時に寝付くための手段としてお酒を用い、それが習慣化していったことが語られた。患者は「お酒を飲むと寝られるから、寝酒として飲んでた」、「離婚し、交代勤務で朝起きて寝られなくなり、飲む習慣がついた」等であった。また、家族は「夜になったら眠れなくて、不安になるから飲んでた」等であった。

<飲んで悩みを解消>

お酒を飲んで悩みや苦痛を紛らわせていたことが語られた。「ストレスを溜め込んだ時にお酒に逃げた、そこから始まったような気がする」、「苦痛を紛らわせる手段としてのお酒だったのだと思う」等であり、家族のみから抽出された。

2)【拍車をかけて飲む】は、<徐々に飲酒量が増えていく>、<常習的に飲む>の2つのサブカテゴリーから構成され、いずれも患者のみから抽出された。このカテゴリーは、飲酒を助長する出来事を契機に、以前に増して飲酒が進んでいく状況の総称とした。

<徐々に飲酒量が増えていく>

患者自身から、みるみる飲酒量が増えていった体験が語られた。「飲酒量がグングン増えていき、常時お酒が体の中に入っていないとダメになった」、「幼稚園の(ママの)飲み友達と色んな話をしながら飲むことをずっと続けているうちに、自分でもびっくりするくらい量が増えていった」、「飲み屋にボトルを置いて全部飲み、また1本入れては飲みとしていたので外で飲むと量が増えた」等であった。

<常習的に飲む>

患者自身から、飲まない日はなく、昼間に飲んでいることも多かったことが語られた。「用事があっても時間が空いている様だったら飲んじゃっていたし、本当にお酒を飲まない日は全くなかった」、「うるさい現場の時には飲まないけれど、そうでないときには昼間に飲んでいる」等からなった。

3)【コントロールして飲む】は、<コントロールできた飲酒>、<止められた時期もあった>、<飲

酒量が変わっていく>、<知らなかったことで対処できなかった家族>の、4つのサブカテゴリーから構成された。このカテゴリーは以前に増して飲酒量は増えているものの、自己の意思で飲酒量やパターンをコントロール出来ていた状況の総称とした。

<コントロールできた飲酒>

患者、及び家族から翌日の事を考えて飲んだり、健康診断の結果を気にして飲まない期間を作る等して飲酒量や機会をコントロールしていたことが語られた。

患者からは「次の日が会社だったら、酔っぱらって会社にはいけないから半分に控えていた」、「だるい時だけは欠勤というのもあったけれど、それまでは自分なりに真面目に仕事しているという雰囲気はあった」等のデータが抽出された。また家族からは「健康診断の2週間くらい前から禁酒していた」、「働いているときには(夜)飲んでも翌日はちゃんと会社に行っていた」等のデータからなった。

<止められた時期もあった>

飲み始めてから医療機関に繋がるまでの期間を振り返り、止められた可能性のある時期を模索していた。

「シフトの仕事でなければ飲み方がおかしくならなかったかもしれない」、「飲みたくなくても毎日飲んでいて時期だったら病院に来なくても止まったかもしれない」等であり、患者のみから抽出された。

<飲酒量が変わっていく>

家族から見て患者の飲酒量がみるみる変わっていったことが語られた。

家族のみから抽出され、「目に見えてわかるほど炭酸系で割ったお酒の飲酒量が増えていった」、「普通に500mlのビールとか酎ハイを1日で4~5本くらいは恒常的に飲んでいる感じだった」等からなった。

<知らなかったことで対処できなかった家族>

依存症という病気があるということを知らず、患者の飲酒に対して家族が対応できなかった状況が語られた。

「飲み方がおかしい、酒癖が悪いと感じ始めた時に依存症のことを知っていたらよかった」、「今思うと、23歳くらいの時にセーブさせていればよかったと思う」であり、家族のみから抽出された。

《健康上の障害が出現する》

《健康上の障害が出現する》は【飲んで心身が壊れていく】、【気にせず飲む】、【気分がかき乱される】、【家族も気にしない】、【変化を感じる家族】の5つのカテゴリーから構成された。このコアカテゴリーは、飲酒に伴う身体的・精神的変調が出現し、自身でも飲酒による障害を実感しておりアルコールを控える必要性を感じ始めた段階を表す概念の総括として生成した。

1)【飲んで心身が壊れていく】は、<身体を壊すほど飲む>、<身体を壊しても飲む>、<不確かな記憶>、<身体が食を受け付けない>、<身体が思うようにならない>の、5つのサブカテゴリーか

ら構成された。このカテゴリーは、大量の飲酒により健康障害が顕在化した状況の総称である。

<身体を壊すほど飲む>は、患者は「去年、飲んだ帰りに駅の階段から落ちて、顔から打って救急車で運ばれたり、小指をぶつけて骨を折ったりしたことがあった」、「年 1 回受ける健康診断ではγ-GTP が高いとよく言われた」等であった。また、家族は「仕事の途中で具合が悪いと帰宅、病院で肝臓が大分病んでると言われ、1 か月程入院した」、「検査しても肝臓の値はあまりよくないようだったが、妻には伝えていなかった」等であった。

<身体を壊しても飲む>

患者自身の認識として、飲酒により身体的な影響が出現したことにより他者から飲酒を制限されてもなお飲んでいた状況が語られた。

「お酒は飲んじゃダメと言われても、それは体のことを思って言ったんだろうくらいにしか思っていなかった」、「一般病院でも『お前もう飲んだらダメだからな』と言われてた」等であり、患者のみから抽出された。

<不確かな記憶>

患者及び家族から、飲酒によりブラックアウトしたことや、酩酊した状態で取った行動に関する記憶が曖昧、あるいは覚えていない状況があったことが語られた。

患者からは「20 歳の頃には記憶をなくすことはなかったが、今は悪酔いするようになった」、「今思うと、覚えていないということはもうそこでおかしかったと思う」等のデータが抽出された。また、家族からは「孫から『あんちゃんは、朝からお婆ちゃんに何回同じことを聞いているの?』っていうくらい、同じことを何度も聞いていた」、「会社に入ってからはお酒が増え、夜中に卵ご飯を食べてからまた寝たことを覚えていないことが続いた」等のデータあった。

<身体が食を受け付けない>

家族から、患者が飲み過ぎにより食物を摂取することができない状況があったことが語られた。

家族のみから抽出され、「ご飯は体が受け付けなくなってきて、冷やし中華とかラーメンとか、うどんとかを食べるようになった」、「1 週間くらい飲まずにコーラばかり飲んでた時もあった」等であった。

<身体が思うようにならない>

家族から、患者が千鳥足になり歩けなくなった状況や、動くことができなくなり路上に寝ていた状況があったことが語られた。

「3、4 回救急車を呼び、『大丈夫』というけれども結局よろよろして立ち上がれなかった」、「10 年前から酔っばらって道路か何かに寝ていて、お巡りさんに注意されて連れてこられたことがあった」等からなり、家族のみから抽出された。

2) 【気にせず飲む】は、<気にも留めずに飲む>、<酔っばらって身体が思うようにならない>、<聞く耳を持たない>の、3 つのサブカテゴリーから構成された。このカテゴリーは、何らかの問題が生じているものの、その問題を気にも留めずに飲み続けていた状況の総称である。

<気にも留めずに飲む>

患者と家族より、飲酒により生じる内科的疾患は気にしていたものの、アルコールにより依存症を発症することは考えていなかったことが語られた。

このことに関して患者からは「決定的にどこかを傷めたり、内臓が悪くなったりしたわけではないのでそこまで考えていなかった」、「肝硬変とか肝炎の心配はしていたけれど、アルコール依存症の心配は全くしておらず、頭の片隅にもなかった」等のデータがあった。また、家族からは「本人は、言われるまで（お酒を飲みすぎているということは）それほど気にしていなかった」、「精神科に通っていても、自分がアルコールが悪いものだとは思っていなかったのでアルコールに対しては話していなかった」等が抽出された。

<酔っぱらって身体が思うようにならない>

患者から、酩酊状態となり、気付かないうちに身体に傷を負っていた状況があったことが語られた。

「家に帰れないことはないけれど、自転車で飲みに行き転んだりした」、「自分では大丈夫なつもりでも、朝気付くとあざや傷があった」等からなり、患者のみから抽出された。

<聞く耳を持たない>

家族から、医師から飲み過ぎていることを指摘されても患者はその指導を受け入れることをしなかった状況が語られた。

家族のみから抽出され、「区健康診断に連れて行って、医師からお酒を控えるように言ってもらっていたけれども（本人は）一向に聞く耳を持たなかった」、「(定期受診の時に) 飲んでいることを先生に注意されたことは何度もあった」等であった。

3)【気分がかき乱される】は、<不安の交錯>、<イライラと落ち込み>、<投げやりな気持ち>の3つのサブカテゴリから構成され、いずれも患者のみから抽出された。このカテゴリは、飲酒が精神的側面に影響していた状況の総称である。

<不安の交錯>

患者本人より、社会生活の中で生じる複数の不安への対処として飲酒をし、飲酒をすることで状況が悪化していた状態が語られた。

「自分に対する期待と今後や家族に対する不安が交錯した」、「バブルがはじけて仕事がうまくいかなかった時、仕事のストレスや子育ての心配、稼がなければならないという思いでお酒を飲み、仕事をクビになり悪循環」等からなった。

<イライラと落ち込み>

患者本人から、飲酒により安定しない精神状態がもたらされていたことが語られた。

「お酒を飲むときは喜怒哀楽があり、楽しさと怒りの両極端な感情が生まれた」等であった。

<投げやりな気持ち>

患者本人から、飲酒をすることで物事に対する気力が失われ、素面の時にできていたこと、していたことが飲酒をするとできなくなっていたことが語られた。

「素面のときには自分のことは自分でしていたことも、飲むと面倒くさくてどうでもいいと思うようになる」、「何とかしなくちゃと思ってもどうでもいいやと投げやりになり、気力がなくなってしまった」等からなった。

4)【家族も気にしない】は家族のみから抽出され、〈飲酒による影響と気付かない家族〉、〈ただの呑兵衛とっていた家族〉の、2つのサブカテゴリーから構成された。このカテゴリーは、家族が患者の飲み方は他者とは異なると感じながらも問題との関連づけには及ばない状況の総称である。

〈飲酒による影響と気付かない家族〉

家族としては、飲酒とそれによる状態を結びつけず、患者が飲酒をすることを肯定的に捉え、その行為を抑制しない立場にいたことが語られた。

「お酒自体が悪いわけではないので、たまに飲んで気晴らしになるんだったらそれはそれでいいと思っていた」、「あれだけ飲むのが好きな人だから、私としては適量で終わってくればいいと思うし、ストレスをためて他の病気が併発しないためにいいお酒なら飲むのはいいと思う」等であった。

〈ただの呑兵衛とっていた家族〉

家族から、患者は大酒飲みであるという認識であったことが語られた。

「若いころから呑兵衛だっていう感じで、明け方帰ってきたりはしていた」、「知り合いの家の父親がお酒を飲む人だったので、あまりお酒をたくさん飲む人とは思っていなかった」等からなった。

5)【変化を感じる家族】は家族から抽出されたカテゴリーであり、〈気分の変動を感じる〉、〈家族が節酒を働きかける〉、〈生命的危機を覚悟する家族〉の3つのサブカテゴリーから構成された。このカテゴリーは、患者の身体的・精神的障害が顕在化し、家族は何とかして飲酒を控えさせようとしていた状況の総称である。

〈気分の変動を感じる〉

家族から見て、患者の精神状態が不安定であったことが語られた。

「調子がいい時にはばんばん働き、何かのきっかけで落ち込むことを繰り返す」、「50代になり体力が落ち、ストレスがたまりすぎてイライラとし、精神的に不安定になった」であった。

〈家族が節酒を働きかける〉

家族は患者が大量に飲酒をしていることに気付き、飲酒をしないよう働きかけていたことが語られた。

「(大分飲んでいうことに)気付いてからお酒は本当に飲まないようにしてねって言い始めてからは大分本人も気にしだした」、「(救急搬送されてから)危険だから飲むのはやめなさいと言い始めた」等であった。

〈生命的危機を覚悟する家族〉

患者が大量の飲酒により生命の危機的状態に陥り、その状況に家族が直面したことが語られた。

「重症膵炎入院の最初の1か月は意識がなく、(医師から)『お母さん、これ助かったとしても5%くらいです、もう覚悟しててくださいね』と言われた」等であった。

《飲酒への自制が利かなくなっていく》

《飲酒への自制が利かなくなっていく》は【お酒に執着する】、【表面化する飲酒問題】、【変わらず飲む】、【家族も気づく飲酒問題】、【家族も気付かない】の5つのカテゴリから構成された。このコアカテゴリは、社会生活を営んではいるものの、飲酒に伴う行動の変調が顕在化していた段階であり、患者自身だけでなく患者と共に暮らしている家族もアルコールを控える必要性を感じ始めた段階を表す概念の総括として生成した。

1)【お酒に執着する】は患者から抽出されたカテゴリであり、＜理由をつけては飲む＞、＜自己解釈しながら飲む＞、＜こだわって飲む＞、＜孤独が飲酒を助長＞の、4つのサブカテゴリから構成された。このカテゴリは、飲む理由を探し、自ら飲める状況を捻出していた状況の総称である。

＜理由をつけては飲む＞

患者から、飲酒をするための理由として、いかなることも逃さなかったことが語られた。

「もうダメだ、いいんだって言いながらガーツと飲み、テンション上がれば明日も頑張ろうなんてまた飲み、間違いなく飲むきっかけを見つけて言い訳していた」、「朝母親が卵焼きを作っていなかったとかは飲む理由として絶好調だった」等であった。

＜自己解釈しながら飲む＞

患者から、医師や周囲から受けた禁酒に関する指摘の意図を変換し、飲み続けられる解釈をしていたことが語られた。

「医師から言われる『お酒は控えなさい』という指導は休肝日をつくれればいいと都合よく受け取っていた」、「止めなきゃという思いはあるが、吐かなければ大丈夫、吐かなければ破れないという風に意識を移動していた」等であった。

＜こだわって飲む＞

患者から、飲むお酒にこだわりを持っていたことが語られた。

「家ではできるだけいい酒を飲みたかったので、隠れ酒のようにいい酒をかって飲んでいて」等であった。

＜孤独が飲酒を助長＞

患者から、語ることができる他者がいなかったことが飲酒量を増加させる一因となっていたことが語られた。

「誰かにぶつけるにもぶつけられるわけでもないし、誰にも理解してもらえないといってまた飲んでしまう自分がいる」、「誰かと飲みに行ったということはない」等からなった。

2)【表面化する飲酒問題】は、＜他者からも指摘を受ける＞、＜反発しながら暴飲＞、＜匂わせながら出勤＞、＜家族も気付く飲酒問題＞、＜飲酒に否定的な家族＞、＜行動を起こす家族＞、＜孤独だから飲む＞、＜周囲から指摘を受ける＞、＜マイナス面が表面化する＞、＜歯止めが効かないことに気付く＞の、10のサブカテゴリから構成された。このカテゴリは、いよいよ飲酒問題が表面化し、患者の周囲の人々が飲酒問題への対処行動をとり始めた状況の総称である。

<他者からも指摘を受ける>

患者本人から、他者から禁酒するよう勧められたことがあったことが語られた。

「同期入社の人事部長からお酒を止めるよう注意されたことがある」、等であった。

<反発しながら暴飲>

患者本人から、他者から自身の飲酒量について指摘を受けることで反発心を生じ、その反発心が飲酒を助長させていたことが語られた。

「量について言われるのが不愉快で、反発する気持ちがありもっと飲んでいて」、「周囲からお酒を控えるよう言われ、余計飲んでいてたかもしれない」等からなった。

<匂わせながら出勤>

患者本人から、他者から度々酒臭の指摘を受けていたことが語られた。

「お酒の量が増え、営業先でも酒臭を漂わせるようになり、相手から会社に酒臭い営業をよこすなと連絡が入るようになった」、「浴びるほど飲んで翌日仕事で『酒臭え』と言われても、別に仕事してるからいいじゃんという考えだった」、「マスクをしていても仕事に行けば酒臭いとよく言われた」等であった。

<家族も気付く飲酒問題>

患者本人から、自分が飲んでいることに家族が気づき、指摘を受けていたことが語られた。

「親は最初は『また飲んできたの』と言ったけれど、一回揉めたら『外で飲むなら家で飲みなさい』というようになった」、「子供からも冗談で言っているのか、真面目に言っているのかわからないけど『パパ臭い』と言われた」等からなった。

<飲酒に否定的な家族>

患者本人から、家族(妻)は飲むことを受け付けないという認識を持った人であることが語られた。

「(妻は)お酒のみは人間の糟、土方あるいは労務者で飲んでもいいというイメージしかない」、「女房はお酒は一切アウト、結婚した時から拒絶反応。会社終わってお酒一本つけるかなんて言ったら『えっ、何かあったんですか』って言った」等であった。

<行動を起こす家族>

患者本人から、自身の飲酒に対応するために家族が策を練っていたことが語られた。

「(家族は父親の飲酒について)家族会議を開き、早めの処置の方法について話し合っていた」、「家族が先に断酒会に通い始めた」等であった。

以下、家族のみから抽出されたサブカテゴリーである。

<孤独だから飲む>

家族から、寂しさから飲むという理由を察していた状況が語られた。

「(妻が)『お酒飲むのは寂しいからなの』と聞くと(夫は)『寂しいんだって、誰だって寂しいから』と言っていた」、「お酒が好きで、皆とワイワイ飲んだりするタイプでは絶対はない」等からなった。

<周囲から指摘を受ける>

家族から、患者は会社の上司から飲酒を控えるよう指摘を受けていたことが語られた。

「親会社の社長から深酒するのもいいけど日曜日には抜けて、月曜日にすっきりと出てくるよう注意を受けるが飲み続けていた」等であった。

<マイナス面が表面化する>

家族から、患者は飲酒による弊害を被るようになっていた状況が語られた。

「今までもらっていた仕事も『これじゃあ駄目だ』と言われるようになった」、「飲酒運転や、横断歩道で人をはねたり、色々（警察にお世話になることが）あった」等であった。

<歯止めが効かないことに気付く>

家族から、患者は自分の飲み方に対して異常を感じていた状態が語られた。

「箱買いすると歯止めが効かないのがわかっているのでもまめに買い足し飲んでいて」、「仕事に就いては辞めを繰り返し、本人も変なことに気づき、保健所に自ら相談に行ったことがある」等からなった。

3)【変わらず飲む】は家族のみから抽出されたカテゴリーであり、<聞き入れずに飲む>、<飲酒指導を受けても変わらない飲酒>の、2つのサブカテゴリーから構成された。このカテゴリーは、患者は再三他者から飲酒に関する指摘を受けてもその指摘を聞き入れずに飲んでいた状況の総称である。

<聞き入れずに飲む>

家族から、患者は他者からお酒を止めるよう指摘を受けていたものの、その指摘を受け入れずに飲み続けていたことが語られた。

「飲酒量を決めて飲むよう言っても聞き入れない状態」、「お友達も『止めろ』と注意してくれたりしたが、言うことを聞かずに飲み続けた」であった。

<飲酒指導を受けても変わらない飲酒>

家族から、患者は医師からの飲酒に関する指摘を受けても変わらず飲み続けていた状況であったことが語られた。

「何遍も通院していた病院の主治医から飲み方についての指摘を受けていたが飲み方が変わらなかった」等であった。

4)【家族も気づく飲酒問題】は家族から抽出されたカテゴリーであり、<家族の飲み方が気になり始める>、<飲酒を止めさせたい家族>、<家族も言動に異変を感じる>、<患者がお酒を飲むことに対する家族の否定的な思い>の、4つのサブカテゴリーから構成された。このカテゴリーは、患者の飲み方が気になり、家族は何とか飲酒を止めさせようと試みていた状況の総称である。

<家族も飲み方が気になり始める>

家族から、救急車で搬送されることや失禁をした等のエピソードから、患者の飲み方が普通ではないという事に意識が向き始めたことが語られた。

「前から飲んでたから我慢しなくちゃいけないかなって言うくらいだったけれど、救急車で運ばれたりっていうのになってからちょっと気にしだした」、「本人が気づかないで失禁してしまったりして、これちょっとおかしいんじゃないのと思った」等からなった。

<飲酒を止めさせたい家族>

家族から、患者の飲酒を止めさせるために度重なる指摘をしたことが語られた。

「口がすっぱくなるくらい飲みすぎだよ、お酒やめなよと言っていた」、「これ以上飲んだら体を悪くするといったことはある」等からなった。

<家族も言動に異変を感じる>

家族から、患者は飲酒が原因で社会生活に支障をきたすようになっていたことに気付いていたという事実が語られた。

「深酒して朝早く出かけ、酒の匂いが残っていると施主から指摘されてクビになることを繰り返していることを(妻は)気付いていた」、「飲み続けるうちに朝は会社に行けなくなり、行っても途中で帰ってくる状態になりおかしいとは思っていた」等からなった。

<患者がお酒を飲むことに対する家族の否定的な思い>

家族から、患者の飲み方に対して抱いた嫌悪感や、飲酒をコントロールできない患者を理解できないといった思いが語られた。

「飲み方を見ているときちがいみたいで不愉快だった」、「両親は 40 歳にもなる男が自分の意志で酒を止められないなんて考えられない感覚だった」等であった。

5)【家族も気付かない】は家族から抽出されたカテゴリーであり、<家族も気付かなかった飲酒問題>、<アルコールとの関連を見出せない家族>の、2つのサブカテゴリーから構成された。このカテゴリーは、患者が飲んでいる状況を見続けていた家族は飲酒行動に関する感覚が鈍磨し、問題に気づきにくくなっていた状況の総称である。

<家族も気付かなかった飲酒問題>

家族から、患者が飲み続けている状況を見続けてきたことで状況に対する認識が鈍麻していったことが語られた。

「(妻は)お酒に対する認識も鈍くなっており、量が増えるのに気づきにくくなっていた」、「だんだん飲酒量が増えてきたとは思っても別に何とも思っていなかった」等であった。

<アルコールとの関連を見出せない家族>

家族から、患者の状態がアルコール依存症ではない病気という認識から、出現している症状と飲酒とを結び付けて考えられなかった状況が語られた。

「お酒に問題があるとは思わず普通の生活ができないのはおかしい、何かの病気だと思っていた」、「行動がすごく変だったが、(妻は)ストレスによる精神異常と思い込んでいた」等からなった。

2. 4 考察

本研究において、健康的な飲酒からアルコール依存症へと飲酒行動が変わっていくプロセスは、《お酒の効用を求める》、《直視し難い現実から逃れる》、《健康上の障害が出現する》、《飲酒への自制が利かなくなっていく》の 4 つの段階を辿っていることが見出された。危険な飲酒においては、これらの段階が並行して現れる、あるいは次の段階に進んでは前の段階に戻るといった飲み方を繰り返した様子が語られた。このようなプロセスを考慮することで、危険な飲酒への早期発見・早期介入が可能になるものと考えられる。加えて、アルコール依存症者とその家族からの語りを明確に示すことで、アルコールにまつわる問題を持つ者は自己の状態と関連付け、より自分自身のこととして捉える一助となるであろう。

以下に、従来の知見との比較、患者と家族の認識の相違、本研究で得られたカテゴリーを臨床で用いることの有用性の、3つの観点から考察する。

2.4.1 従来の知見との比較

嗜癖行動は、過度な飲酒はパブロフの条件付けと、オペラント条件付けのプロセスを通して獲得された学習行動の一形態として理解されている（ロナルドら、2011；Paulら、2010）。本研究においても、《お酒の効用を求める》、《直視し難い現実から逃れる》にみられるように、様々な出来事とアルコール使用との連合による学習と、飲酒行動の後に続くポジティブな結果による学習とが影響することで生じた飲酒行動の強化が語られた。この報酬系に働きかけることは困難であるとされ、飲酒の引き金となる内的・外的因子を回避する方法の獲得に着眼した治療がなされている。

我が国では、2000年より壮年期死亡の減少、健康寿命の延伸及び生活の質の向上を目指した国民的健康運動である健康日本 21 の重点項目の 1 つとしてアルコール対策が挙げられ、目標達成への取り組みがなされてきた（アルコール保健指導マニュアル研究会、2003）。アルコールに関する 3 つの目標の中の、多量飲酒問題の早期発見と適切な対応として、アルコールによる問題の評価、教育、介入を一連のプログラムとしたアルコール関連問題予防プログラムである HAPPY（Hizen Alcoholism Prevention Program by Yuzuriha）（村上、2004）や、両面的状態にいるクライアントから同期を引出して変化を選ぶよう支援する動機づけ面接法（後藤、2012）等の方法が提唱され、臨床の現場で取り入れられてきた。これらは AUDIT で問題飲酒と判定される、比較的アルコール問題が進行した者に用いられ、有用性が示されている。さらに、危険な飲酒については、日常の臨床の中でみられるパターンを類型した臨床類型についての報告がなされており（樋口、2003）これを基に一部の医療機関で指導・介入されているものの、汎用には至っていない。一方、本研究では、AUDIT では問題飲酒と判定されない、より早期の段階での特徴的な飲酒行動や、アルコールに対する認知が変化していくプロセスを示すことができた。これは、将来アルコール依存症に進行するような者のみならず、肝疾患や膵臓疾患等、アルコールに起因する内科疾患患者への保健指導において、本研究で示したような特徴的な徴候・言動を示すものへの介入の手掛かりとして有用であると考えられる。

2.4.2 患者と家族の認識の相違

アルコールに関する認識は、第 2 段階の《直視し難い現実から逃れる》から見られるようになり、第 3 段階の《健康上の障害が出現する》、第 4 段階の《飲酒への自制が利かなくなっていく》と認識の相違が大きくなっていった。

第 2 段階では対処し難い出来事の程度と、それを対処するために用いるアルコールの意味づけについての認識に、患者と家族との相違がみられる。この背景には長時間に及ぶ労働や、飲酒することで

帰宅時間が遅くなる等の状況により、家族間で時間を共有することが難しくなり、家族が患者の変化に気付くにくくなっていることがあると推察される。時間の共有が難しい状況は家族間のコミュニケーションを希薄にさせることに繋がり、患者自身で問題を抱え込むという悪循環となっているものと言えよう。

第3段階では患者自身は、飲んで対処し続けた結果、肝機能障害をはじめとする内科系疾患に罹患する、あるいは飲酒時の酩酊により記憶が曖昧になるなどの状態を経験するようになる。また、飲んでも状況の改善は見られないことから不安の増強や焦燥感といった精神症状も見られるようになる。日本の労働者の6割近くが仕事や職業生活に強い不安、悩み、ストレスを抱えており（Johnssonら、2005）、緊張・不安・恥ずかしさ等を減らして気分を楽にする脱抑制が生じる（猪野ら、2003）というアルコールの効果への期待（Paul、2010）を持って飲酒し続けている。このことから明らかなように、本人は体験を通して飲酒だけでは対処しきれない現実を自覚するとともに、飲酒に伴う健康障害に直面することで自己の飲酒行動を振り返る機会を得る。しかし、患者は家族をはじめとする周囲の人々に相談するという方法は選択せず、内科系疾患に罹患していることを家族に伝えない、あるいは、家族等から飲酒量や頻度の指摘を受けても聞き入れず、これまでと変わらない飲み方を継続しようとしている。この段階では、自身の飲み方を改善する必要性を感じながらも、自分は大丈夫、もしくはまだ大丈夫といったアンビバレントな状態が出現しており、葛藤しつつも自分自身で問題を抱え込んでいる状態であると言えよう。他方、家族は飲酒に対して何らかの働きかけをする者と、飲酒にまつわる問題が生じているものの、気付かない者とが見られる。また、気付いていたとしても酔った患者からの暴言や暴力を受けることを恐れて飲酒を控えるよう働きかけることができない場合もある（清水、2003）。

第4段階では飲酒行動における患者と家族の意見の対立が明確になる。患者は飲むための口実を探し、一人で飲み続けるようになる。この頃には「浴びるほど飲む」ようになっているため、社会生活で他者から酒臭を指摘されるようになる。家族は異変に気づき飲酒を中止させようとする者、飲むことに嫌悪感を抱く者、長期にわたり飲み続けている状態を見続けていることからアルコールに関する感覚が鈍麻する等してアルコールとの関連を見出せない者等様々である。この頃には多岐に渡りアルコールがもたらすマイナス面が露呈し、家族をはじめとした周囲の者から頻回にアルコール問題を指摘される。本人も気づいていながら行動変容できない状態であり、他者からの助けを求めているものの、表現できない状況にある。また、「(妻は) お酒のみは人間の糟、土方あるいは労務者で飲んだくれてるっていうイメージしかない」等の様な＜飲酒に否定的な家族＞の反応が否認を強めることに働きかけ、自己防衛を高めている状況が伺える。

以上より、飲んでいる患者本人は比較的早い段階でアルコールによる問題を自覚するようになるが、家族は問題が表面化してから飲酒問題に気づき、飲酒行動を改善するよう本人に働きかける状況が伺える。患者自身が比較的早い段階で自己の飲酒行動に問題を感じる背景には、患者は自身の身体を壊したり、気分がかき乱されたりという、困った状況に直面することが関与しているものと考えられる。このように、患者と家族とで問題を認識するのに時間的差異が生じることで、飲酒問題がより深刻化するという負の連鎖をもたらすことに影響している。この連鎖に働きかける最初の間機として、第3段階目で健康上の障害により医療機関を受診した際、本人に対して Harris と Miller が提唱する、self-control training (Harrisら、1990) を行うこと、さらに家族へも働きかけることが重要である。ここでコミュニティ強化と家族訓練 (CRAFT : Community Reinforcement and Family Training、以下、CRAFT とする) (Smithら、2012) 等を用い、家族と患者が生じている飲酒問題を話し合い、

家族から患者に対して良くなってほしいというメッセージを送ることで、問題の深刻化の予防が見込まれる。

2.4.3 家族の状況認識に関連する要因

本研究では問題が出始めた段階で、その問題が飲酒に起因することを認識した家族と、そうでない家族がいた。

まず、健康上の障害が出現するようになる3段階で家族の認識に関与するものは、医療者からの告知と警察からの指導であった。医療者からの告知を受けて認識する特徴として、飲酒に伴う急性膵炎や事故等で救急搬送されることが挙げられる。この場合、医師から飲酒を控えるよう指導を受けることで患者の飲酒問題を認識することとなる。また、警察からの指導を受けて認識する特徴として、飲酒運転や飲酒による迷惑行為等で警察が介入した場合が挙げられる。このような状況の場合、家族は患者の飲酒問題を知らなかったとしても、医師や警察から状況を知らされることとなる。そのため、家族は意図せずとも状況を把握することとなり、患者に対して飲酒を控えるよう働きかけることとなる。次に、4段階で家族の認識に関与するものは、日常の場面で生じる患者の変化や、飲酒の結果として引き起こされる社会的変化である。患者の変化の特徴としては、酩酊して失禁をした場面に直面することが挙げられる。また、社会的変化としては、飲酒が原因で職を失うことを繰り返したといった場合が挙げられる。何れも家族にとっては違和感を抱く事柄であり、家族が認識することに関与している。

一方、患者の飲酒問題の認識に至らなかった家族の特徴としては、依存症という病気があることを知らないこと、飲酒問題に気付かないこと、対応方法が分からないことが挙げられる。依存症という病気があることを知らない場合、患者が飲んでいる場面に立ち会ったとしてもたくさん飲む人という認識にとどまり、その後生じ得る事柄にまで考えが及ばない。また、周囲の人に大量飲酒がいて、1日働いた褒美として飲酒を捉える場合等、飲むことに違和感がない、あるいは飲むことを肯定的に捉える傾向がある場合、飲酒の問題があるものとして認識されない。さらに対応方法が分からない場合、飲んでいる状況を見続けても医療機関や保健所に相談するといった行動には至らず、そのうちに家族も感覚が麻痺することとなる。何れも家族は危険な飲酒を認識し難い状況となり、患者の飲酒問題が深刻化していったものと考えられる。

2.4.4 本研究で得られたカテゴリーを臨床で用いることの有用性

我が国は古い時代から飲むことと酔うことに寛容な文化をもっており（清水、2003；中本、2009）、アルコールがコミュニケーションを円滑にし、結果的に酔うことが良い効果をもたらす。一方、アルコール問題が深刻化するまで医療に繋がりにくいという側面も持つ。これに加え、ひとたびアルコールに関連する問題が明らかになると、それにまつわるスティグマが強くなることで本人の否認をさらに強める（樋口ら、2002）。このことが、アルコール問題を持つ人への介入を困難にさせている一因であると言えよう。

本研究では、過去の飲酒行動やその状況を振り返ることで、患者と家族それぞれの特徴的な認識が明らかになった。さらに、第2段階では健診前には禁酒することで飲酒に伴う健康問題を指摘されることはなかったものの、第3段階では指摘されるようになっていたことが示された。つまり、第3段階には飲酒に対する認識が変化しており、それに伴い飲む量や飲み方への抑制が効きにくくなってい

るのである。これらの結果は、特にアルコール関連問題への一次・二次予防の側面で有用であり、職域における飲酒教育の必要性が示された。加えて、できる限り早い段階で本人と家族とが健康な飲酒について話し合う機会を持てるような介入、つまり家族に対しても問題飲酒に対する予防的観点からの指導が求められる。

一例を挙げると、健康診断で肝機能異常や脂質異常、高血圧等を指摘されたものに対して本研究で得られたカテゴリーを用いることで、対象者の飲酒問題の段階や、飲酒行動の背景を特定しやすくなる。Kuramotoら（2011）は、アルコール依存症と診断された者のうち、28%がアルコール乱用の兆候がない、あるいは気付かないと報告している。本カテゴリーを飲酒行動を振り返る上でのコミュニケーションツールとして活用することで、自己の飲酒行動と、その行動に至るエピソードに応じた生活指導を行くことが可能となる。特に、飲酒問題が深刻化した者は多くの場合自己効力感が低下する経験をしており、患者（飲酒問題を持つ者）と医療従事者とが問題を共有し、支持的に関わることで飲酒行動を変容するためのレディネスを整えることに役立つと考える。

2. 5 研究の限界と今後の課題

患者と家族の語りを通して、アルコール関連障害を持つ者の認識や、考え方を掴むことができた。しかし、アルコール依存症に罹患した者の回顧的なデータであり、本研究結果から危険な飲酒をしている者の実際の状態把握のための応用可能性は保証できない。

今後は今回得られたデータを尺度化し、量的研究手法を用いて検討することで、より洗練されたアセスメントツールとすることが課題である。

2. 6 まとめ

アルコール依存症専門病棟に入院している患者と当時同居していた家族 15 組のインタビューから、患者と家族における危険な飲酒の認識の相違を掴むことができ、より早期の段階での介入の可能性を示すことができた。

健康的な飲酒からアルコール依存症へと飲酒行動が変わっていくプロセスは、《お酒の効用を求める》、《直視し難い現実から逃れる》、《健康上の障害が出現する》、《飲酒への自制が利かなくなっていく》の 4 つの段階を辿っており、第 2 段階目から患者と家族の認識の相違が現れる。第 3 段階目以降、患者・家族間のコミュニケーションが不足、あるいはコミュニケーションがとりにくい状況が出現することで認識や感情の相違が大きくなっていく。第 4 段階目では患者と家族の認識の共通点が見られなくなり、家族からの飲酒に関する否定的な反応が否認を強めることに働きかけ、自己防衛を高めている。このように、患者と家族とで問題を認識するのに時間的差異が生じることで、飲酒問題がより深刻化するという負の連鎖をもたらすことに影響している。

このことを考慮し、患者のみならず、家族へも介入することで患者・家族間の効果的なコミュニケーション方法の獲得に働きかけることが重要である。これにより危険な飲酒の段階に応じた飲酒行動変容に向けたレディネスを獲得する一助とし、問題が深刻化することを予防していくことが見込まれる。

第 3 章

危険な飲酒（Hazardous drinking）を
予防するための飲酒リスクの判断に
関する研究
（研究 2）

第3章 危険な飲酒 (Hazardous drinking) を予防するための 飲酒リスクの判断に関する研究 (研究 2)

3. 1 目的

我が国では、健康日本 21 によりアルコールを消費する側と供給する側、双方への対策がとられるようになった (アルコール保健指導マニュアル研究会、2003)。まずアルコールを消費する側への対策としては、早期発見と介入の推進、未成年者の飲酒防止、節度ある適正な飲酒に関する情報提供であり、アルコールを供給する側への対策としてはアルコール対策への環境整備である。さらに、2014 年 6 月 1 日よりアルコール健康障害対策基本法が施行された。これにより、これまで依存症者に対する治療に重点が置かれていたが、それに加え、アルコールに起因する健康障害の予防への取り組みが強化された。

これまで、飲酒問題を持つ者へは断酒や節酒指導が中心となっており、その効果に関する多くの報告がある (Webb, Sniehotta, Michie 2010)。しかし危険な飲酒が深刻化していくプロセスや、飲酒リスクの特徴に応じた介入という視点での議論は十分になされていないのが現状である。飲酒のリスクを判断し、患者及び家族に対してそのリスクに応じた対処スキルの指導を行うことができれば、飲酒問題の深刻化を防ぐことが期待できる。

以上より、本研究は、健康な飲酒と危険な飲酒との違いを比較することで飲酒のリスクを判断し、本人及び家族に対して飲酒のリスクに応じた対処スキルの指導に繋げるための基礎的資料を作成することを目的とする。

尚、危険な飲酒とは、アルコール関連問題のレベルを分類するために、WHO が用いている用語の 1 つであり、現時点では「有害な使用」や「アルコール依存症」に該当しないものの、現状の飲酒を継続すると、このような問題を引き起こす可能性の高い飲み方のことである。

3. 2 研究方法

3.2.1 研究デザイン、及び調査対象

東京都内の医療機関に所属する者 400 名、及びアルコール依存症者の自助グループ (断酒新生会以下、断酒会とする) に所属する者 200 名を対象とした質問紙調査法による調査を行った。調査の実施にあたっては、医療機関は施設責任者、断酒会は会の責任者に対して調査の目的、方法について説明をし、調査への同意を得た。その後、医療機関は事務責任者から各ユニットへ、断酒会は断酒会会長から会員へ配布した。また、回答後の質問紙を返信用封筒に密封の上、郵送にて回収した。医療機関からは 88 名 (回収率: 22.0%)、断酒会からは 85 名 (回収率: 42.5%) の回答が得られた。

3.2.2 調査期間

2013 年 11 月、及び 2014 年 7 月

3.2.3 調査内容

調査項目は以下のとおりである。

尚、断酒会にのみ質問した項目は【 】で示す。

1) 基本属性

飲酒が開始されるきっかけを与えるのは親であることが多いとの指摘がある（アルコール保健指導マニュアル研究会、2003）。また、我が国においては飲酒に関して極めて寛容な習慣が培われており、安易で手取り早いストレス解消法として容認されている風潮や、晩酌文化が色濃く国民に浸透している現状がある（白倉、2002）。ここでは、仕事によるストレスや、アルコール関連問題を持つ者へのコンサルテーションで用いられる背景要因である年齢、性別、職業に関する回答を求めた。

（1）年齢・性別

年齢は、実数での回答を求めた。また、性別は「1. 男性」、「2. 女性」とし、該当する数字に回答を求めた。

（2）現在の職業・過去に経験したことのある職業

国勢調査に用いる職業分類（2010）を参考に、13 の選択肢を設定した。断酒会員は飲酒していた当時の職業と現在の職業が異なることが推察される。そのため、現在の職業と過去の職業の回答を求めた。現在の職業は該当する数字を1つ選択、過去の職業は該当する数字をすべて選択する複数回答として回答を求めた。

（3）1週間の平均労働時間

労働基準法に基づき、1週間40時間未満、1週間の時間外労働時間15時間以内を基準とし、「1. 40時間未満」～「5. 55時間以上」で選択肢を設定し、回答を求めた。

（4）家族構成

総務省統計局の日本の統計に使用される家族構成を採用した（2012）。

2）飲酒に関連する項目

近年、未成年者の飲酒が問題となっており、未成年者では比較的短時間で依存状態へ発展することが指摘されている（白倉、2002）。また、アルコール代謝によりもたらされるアセトアルデヒドの影響で、アセトアルデヒドの代謝が弱い者ほど顔面紅潮（フラッシング）が引き起こされる（アルコール保健指導マニュアル研究会、2003）。さらに、家族歴（近親者のアルコール問題の有無）もアルコール依存症へのリスク要因とされ、アルコール関連問題を持つ者へのコンサルテーションの項目とされる（白倉、2002）。

以上より、直接的に飲酒に関連する項目として初飲年齢、フラッシングの有無、アルコールが引き起こす疾患に関する既往、世代間連鎖を確認するための項目として飲酒をする家族の有無、大酒飲みの家族の有無について回答を求めた。

（1）初飲年齢

実数での回答を求めた。

（2）フラッシングの有無

「1. 1口飲むといつも赤くなる」、「2. お酒が進むと赤くなる」、「3. まったく赤くならない」の3項目から該当するものの回答を求めた。

（3）既往

アルコールが引き起こす疾患として、肝障害（森：2007）、膵障害、高血圧症、糖尿病、高脂血症、高尿酸血症、骨・筋障害（小嶋、2005）、消化管障害、循環器疾患、脳・神経障害、血液障害等（丸山、2010）があり、全身の臓器に影響を及ぼすが明らかとなっている。こられを参考にし、

比較的頻度の高い疾患に関する項目を挙げ、該当するものすべてを選択する複数回答で回答を求めた。

(4) 飲酒をする家族の有無、大酒飲みの家族の有無

飲酒をする家族については「1. いる」、「2. いない」、大酒飲みの家族については「1. いる」、「2. おそらくいる」、「3. おそらくいない」、「4. いない」で回答を求め、「いる」または「おそらくいる」と回答した者に、該当する家族成員すべてを選択する複数回答で回答を求めた。尚、家族成員については家族構成と同様の選択肢を設定した。

3) FACESKIV-8 (Family Adaptability and Cohesion and Evaluation Scale at Kwansai Gakuin IV-8) (8項目)

患者が飲酒している家族では家族システムの変化が少なく硬直化していることが示されており (西川 1998、1999)、危険な飲酒者の家族機能の特徴を確認するための項目として設定した。

FACESKIV-8 は、オルソンが家族機能の測定用具として開発した円環モデル FACES を立木研究室が日本の文化に則して独自の質問紙として作成したもので、その第 4 版を使用した。円環モデルは家族の集団凝集性を意味する「きずな (cohesion)」と家族の内的・外的圧力に対する家族の変化の柔軟性を意味する「かじとり (adaptability)」の 2 つの独立する概念から構成されている。「きずな」次元は家族の凝集性の程度によって、低い方から<バラバラ (disengaged)>、<サラリ (separated)>、<ピッタリ (connected)>、<ベッタリ (enmeshed)>に分けられ、「かじとり」次元は<融通なし (rigid)>、<キッチリ (structured)>、<柔軟 (flexible)>、<てんやわんや (chaotic)>に分けられる。「きずな」・「かじとり」の両次元ともに中庸に近づくほど家族機能の健康度が高く、極端に近づくほど病理度が高まるとされている (西川、2006)。それぞれ、かじとりは-2 未満が「融通なし」、-2 以上 0 未満が「キッチリ」、0 以上 2 未満が「柔軟」、2 以上が「てんやわんや」を示す。また、きずなは-2 未満が「バラバラ」、-2 以上 0 未満が「サラリ」、0 以上 2 未満が「ピッタリ」、2 以上が「ベッタリ」を示す。

4) AUDIT

アルコール使用障害特定テストである AUDIT を用いる。AUDIT はアルコール摂取パターンが危険ないし有害な個人をスクリーニングし、短時間で評価するための簡単な方法として、世界保健機関 (WHO) によって作成されたテストであり (2001)、保健従事者やアルコール研究者に広く使用されている (2011)。

AUDIT は 10 項目で構成され、質問 1~8 が 5 件法で、質問 9~10 が 3 件法での回答を求める。質問項目は 0 点~4 点で点数化されており、各項目の合計得点で評価する。AUDIT のカットオフポイントは国によって違いがある。

医療機関に所属する者には現在の飲酒状況のみを確認するため AUDIT 10 項目への回答を求めた。また、断酒会に所属する者には現在の状況、飲酒をしていた時の状況、飲酒開始時の状況について、それぞれ回答を求めた。

アルコールや薬物をはじめとするアディクションは、結果として重篤な陰性の結果に陥るにもかかわらず、強迫的に、またはセルフコントロールを欠いて当該物質等を使用する。つまり、依存状態が形成されるとセルフコントロールをしながらかつ当該物質等を適切に使用することが困難な状況になる

(洲脇ら、2002)。問題のない飲酒をしているならば、飲酒後に生じる事柄や状態として、いい気分になる、社交場面が快適なものとなる等、将来の飲酒の可能性が高まる (Kadden ら、2011)。また、二日酔いや社交的場面での失敗等があったとしてもその状況を受け止め、繰り返さないための対策をとり、失敗を取り戻すことが可能であると考えられる。他方、危険な飲酒が深刻化した者は、二日酔いや社交場面での失敗をするもののその状況を受け止めることができず、また、抑うつ、不安等飲酒により精神的にもネガティブな結果をもたらされるものの、否認も加わり対処行動をとらない（もしくはとることができない）状況があると考えられる。これらの仮説を検証するため、以下の項目を設定した。

5) 飲酒により実際に経験した事柄

研究1の面接調査から、研究者が作成した20項目で構成される自作の質問項目である。回答は、「1. 全くない」～「4. よくある」の4件法により評定を求めた。

6) 結果に対する受け止め方

否認の影響を確認するため、飲酒により実際に経験した事柄と同様の20項目で構成される自作の質問項目である。回答は、「1. 全くない」～「4. よくある」の4件法により評定を求めた。

7) 他者から受けた指摘

研究1の面接調査の結果を受け、他者からの指摘に関する実態と否認を強める要因を検討するために作成した自作の質問項目である。他者からの指摘の有無に関して「1. ある」と回答した者に対し、具体的に指摘をした人すべてを選択する複数回答と、状況と指摘をする人別に「1. 飲酒量を減らすことはない」～「5. すぐに飲酒量を減らす」の5件法で評定を求めるとする質問項目から構成される。

8) 飲酒をする動機

研究1のアルコール依存症者とその家族の面接調査から得られた結果、National institutes of healthのDrinking expectancy profile、今田ら(1999)の飲酒動機尺度、桜井ら(1997)の飲酒理由を参考に作成した、50項目で構成される自作の質問項目である。回答は、「1. 全く当てはまらない」～「5. とても当てはまる」の5件法により評定を求めた。

9) 飲み過ぎてしまう場面

精神科領域の臨床、研究に携わる研究者間で検討し、研究者が作成した9項目で構成される自作の質問項目である。回答は、「1. 全くない」～「5. よくある」の5件法により評定を求めた。

10) 飲み過ぎた時の対処法

研究1の面接調査、Heatherら(1998)のImpaired control scale、Tianら(2005)のDRSEQ-R (Drinking Refusal Self-Efficacy Questionnaire-Revised)を参考に作成した14項目で構成される自作の質問項目である。回答は、「1. 全くしていない」～「5. いつもそうしている」の5件法により評定を求めた。

11) 飲酒量を減らさなければいけないと思った経験の有無

精神科領域の臨床、研究に携わる研究者間で検討し、研究者が作成した自作の質問項目である。「1. ある」、「2. ほんの少しある」、「3. ない」から該当するものを選択する項目と、想定される出来事 18 項目から該当するものをすべて選択する複数回答で回答を求めた。また、飲酒量減少の成功の可否についての回答を「1. 成功した」～「4. 増える」の 4 件法から評定を求めた。

12) K6 (6 項目)

K6 は Kessler ら (2002) が開発し、古川・大野・宇田・中根 (2003) が日本語版を作成した、気分・不安障害等のスクリーニング・テストである。日本語版の信頼性、妥当性は川上ら (2006) によって評価されている。K6 は 6 項目からなり、「まったくない」(0 点)、「2. 少しだけ」(1 点)、「3. ときどき」(2 点)、「4. たいてい」(3 点)、「5. いつも」(4 点) の 5 件法で回答を求めて得点を採点し、6 項目の合計得点で評価する。川上らは、軽症の気分・不安障害を含めてスクリーニングをする際の最適カットオフ点を 5 点以上としており、本研究では回復途上にあり、精神的に比較的安定している者が対象と考えられるため、5 点以上と気分・不安障害のカットオフポイントとして採用した。

尚、断酒会に所属する者には断酒会につながる 1 年前までの状況と、現在の状況の回答を求めた。

13) ギャンブル経験の有無

ギャンブル経験の有無と、ギャンブルにより問題が生じているか否かについての回答を求めた。

3.2.4 解析方法

1) 対象の概要と飲酒状況の実態

各変数の基本統計量を算出し、AUDIT、K6、FACESKGIIV-8 については合計得点を算出した。変数間の関係については t test、 χ^2 test 用いて比較検討をした。尚、現在、及び過去に経験したことのある職業については、回答数の少なかった「保安職業」、「農林漁業」、「生産工程」、「輸送・機械運転」、「建設・採掘」、「運搬・清掃・包装等」を「保安・運搬・製造等」として解析した。

2) 飲酒をする動機、飲酒により実際に経験した事柄、結果に対する受け止め方、飲み過ぎてしまう場面、飲み過ぎた時の対処法

各尺度の平均値、標準偏差を算出し、得点分布を確認し、主因子法・Promax 回転による因子分析を行った。因子分析結果を踏まえて作成した尺度の内的整合性を検討するため、Cronbach の α 係数を算出した。

3) 危険な飲酒に影響する要因の検討

作成した各尺度について、下位尺度得点の算出をした。その後、AUDIT 得点、基本属性、飲酒をする動機、飲酒により実際に経験した事柄、結果に対する受け止め方、飲み過ぎる場面、飲み過ぎた時の対処法の Spearman の相関係数を算出した。

この結果を参考に、AUDIT 得点を従属変数に、基本属性、飲酒をする動機、飲酒により実際に経験した事柄、飲酒により経験した事柄 (自己の考えとの一致)、飲み過ぎる場面、飲み過ぎた時の対処法を独立変数とした階層的重回帰分析 (強制投入法) により危険な飲酒に影響する要因を検討した。

いずれも統計解析には IBM SPSS Statistics 21 を用い、有意水準は 5%未満とした。

3.2.5 倫理的配慮

本研究は、筑波大学医の倫理委員会の承認を得て実施した（通知番号第 775-1 号）。本研究の実施にあたり、施設責任者、もしくは団体責任者に研究概要と調査内容を文書及び口頭で説明し承諾を得た。また、質問紙の表紙に調査の目的、自由意思による回答、個人情報やプライバシーの保護等の研究上の倫理についての説明を記載した。回答は無記名とし、回答後の質問紙は郵送にて回収した。

尚、本研究への同意については、質問紙への回答をもって同意を得た。

3. 3 結果

3.3.1 対象の概要と危険な飲酒の実態

1) 対象者の概要 (Table2-1、2-2)

対象者の年齢は平均 41.78 歳 (SD:16.37, Range:23-89)、男性 104 名 (60.51%)、女性 68 名 (39.5%) であった。性別による平均年齢をみると、男性 57.57 歳 (SD : 15.36 歳, Range : 23-89)、女性 40.73 歳 (SD : 12.13, Range : 23-68) であり、男性が有意に高い年齢であった (t test, p=0.005)。

医療機関に所属する者 88 名 (男性 : 25 名 (28.7%), 女性 : 62 名 (71.3%))、断酒会に所属する者 85 名 (男性 : 79 名 (92.9%), 女性 : 6 名 (7.1%)) について所属別平均年齢をみると、医療機関に所属する者が平均 39.36 歳 (SD : 11.41, Range : 23-71)、断酒会に所属する者が平均 62.51 歳 (SD : 11.74, Range : 31-89) であった。また、性別による平均年齢は、医療機関に所属する者のうち男性は 40.83 歳 (SD : 13.17, Range : 23-71)、女性は 38.79 歳 (SD : 10.71, Range : 23-60)、断酒会に所属する者のうち男性は 62.66 歳 (SD:12.04, Range:31-89)、女性は 50.50 歳 (SD:7.12, Range:48-68) であった。

現在の職業では、専門・技術職が 67 名 (39.4%)、無職が 36 名 (21.2%)、事務が 20 名 (11.8%)、管理職が 13 名 (7.6%) の順に多かった。男性に最も多かった職業は無職 33 名であり、女性は専門・技術職 37 名であった。

断酒会に所属する者のうち、これまでに経験したことのある職業では、専門・技術職が 24 名 (29.3%)、保安・製造・運搬等が 23 名 (28.0%)、管理職が 21 名 (25.6%) の順に多かった。

1 週間の平均労働時間では、40~45 時間の者が 67 名 (41.1%) と最も多く、次いで 40 時間未満が 47 名 (28.8%) であり、男女ともに同様の結果であった。5%水準において性別による平均労働時間の差をみると、男性が有意に長い労働時間であることが示された (t test, p=0.00)。

家族構成については、二世帯同居 (子と同居) が 52 名 (30.1%)、夫婦のみが 51 名 (29.5%)、単身世帯が 42 名 (24.3%) を占めていた。男性は夫婦のみが 37 名、二世帯同居 (子と同居) 32 名の順に多く、女性では二世帯同居 (子と同居) が 20 名、単身世帯が 18 名の順で多かったが、性別による有意な差は認めなかった (t test, p=0.22)。

2) 飲酒に関連する項目

(1) 初飲年齢 (Table2-3)

回答の得られた 169 名のうち、18~20 歳で飲酒を開始したと回答した者が 99 名 (58.6%) と最も多く、次いで 15~17 歳が 39 名 (23.1%) の順であり、約 9 割を超える者が 20 歳までに飲酒を経験していた。初飲は、男性が女性に比べて早い年齢で経験していたことが示された (t test .p=0.02)。

一方、医療機関に所属する者と断酒会に所属する者に有意な差は認めなかった (t test .p=0.18)。

(2) フラッシングの有無 (Table2-4)

まったく赤くならないが 86 名 (50.9%) と約半数を占め、次いでお酒が進むと赤くなるが 60 名 (35.5%)、1 口飲むといつも赤くなるが 23 名 (13.6%) の順であり、男性はまったく赤くならないと回答した者が半数を超えていた (t test, $p=0.03$)。

断酒会に所属する者は医療機関に所属する者より有意にフラッシングがないことが示された (t test, $p=0.00$)。

(3) 既往 (Figure2-1)

回答のあった 163 名のうち、最も多かったのが肝疾患で 54 名 (30.7%)、次いで高血圧が 20 名 (12.3%)、糖尿病が 20 名 (12.3%) であり、いずれも飲酒や加齢に伴い増加する疾患であった。また最も多かった肝疾患について回答のあった 138 名のうち、一番多く罹患していたのがアルコール性肝炎で 30 名 (21.7%)、次いで肝機能障害と脂肪肝が 19 名 (13.8%)、肝硬変が 14 名 (10.1%) であった。

(4) 飲酒をする家族の有無、大酒飲みの家族の有無 (Table2-5, 2-6)

回答の得られた 169 名のうち、飲酒をする家族がいる者は 123 名 (72.8%、男性：68 名、女性：55 名)、いない者は 46 名 (27.2%、男性：32 名、女性：13 名) であり、家族に飲酒をする者が 7 割を上回っていた。飲酒をする家族の内訳は父親と回答した者が 83 名 (67.5%)、次いで兄弟姉妹が 61 名 (49.6%)、母親が 40 名 (32.5%)、配偶者が 36 名 (29.3%) であった。

また、大酒飲みの家族について、「いる」と回答した者が 61 名 (37.0%)、「おそらくいる」と回答した者が 13 名 (7.9%) であり、回答者の約半数に大酒飲みの家族がいることが示された。その内訳は父親が 50 名 (66.7%) であり、次いで兄弟姉妹が 21 名 (28.0%)、祖父が 19 名 (25.3%) であった。

また、医療機関に所属する者と断酒会に所属する者とで大酒飲みの家族の有無の比較をしたところ、有意な差は認めなかった (t test, $p=0.136$)。

(5) FACESKGIIV-8 (Table2-7)

かじとり得点について、「融通なし」は 35 名 (23.6%、男性：27 名、女性：8 名)、「キッチリ」は 29 名 (19.6%、男性：16 名、女性：12 名)、「柔軟」は 37 名 (25.0%、男性：15 名、女性：22 名)、「てんやわんや」は 47 名 (31.8%、男性：30 名、女性：17 名) であり、バランスが良いとされる「キッチリ」、「柔軟」に該当する者は 45% 程度であった。また、きずな得点は「バラバラ」が 39 名 (25.7%、男性：27 名、女性 12 名)、「サラリ」が 16 名 (10.5%、男性：8 名、女性：8 名)、「ピッタリ」が 26 名 (17.1%、男性：13 名、女性：12 名)、「ベツタリ」が 71 名 (46.7%、男性：41 名、女性：30 名) であり、70% を超える者が「バラバラ」あるいは「ベツタリ」を示した。かじとり得点は性別による有意な差を認め (χ^2 test, $\chi^2=10.493$, $df=3$, $p<0.05$)、調整済み残差による頻度の差では男性は「融通なし」、女性は「柔軟」が有意に他の頻度より高かった。一方、きずな得点は $p=0.43$ であり、性別による有意な差は認めなかった (χ^2 test, $\chi^2=0.2774$, $df=3$, $p<0.05$)

所属別にみると、医療機関に所属する者のかじとり得点では、「融通なし」が 15 名 (19.2%、男性：7 名、女性：8 名)、「キッチリ」は 12 名 (15.4%、男性：3 名、女性：9 名)、「柔軟」は 23 名 (29.5%、男性：2 名、女性：21 名)、「てんやわんや」は 28 名 (35.9%、男性：11 名、女性：17 名) であった。

また、きずな得点は「バラバラ」が 15 名 (18.8%, 男性: 4 名, 女性 11 名)、「サラリ」が 11 名 (13.8%, 男性: 4 名, 女性: 7 名)、「ピッタリ」が 12 名 (15.0%, 男性: 2 名, 女性: 10 名)、「ベツタリ」が 42 名 (52.5%, 男性: 13 名, 女性: 29 名) であった。また、断酒会に所属する者のかじとり得点では、「融通なし」が 20 名 (28.6%, 男性: 20 名, 女性: 0 名)、「キツチリ」が 17 名 (24.3%, 男性 13 名, 女性: 3 名)、「柔軟」は 14 名 (20.0%, 男性: 13 名, 女性: 1 名)、「てんやわんや」は 19 名 (27.1%, 男性: 19 名, 女性: 0 名) であった。また、きずな得点は「バラバラ」が 24 名 (33.3%, 男性: 23 名, 女性: 1 名)、「サラリ」が 5 名 (6.9%, 男性: 4 名, 女性: 1 名)、「ピッタリ」が 14 名 (19.4%, 男性: 11 名, 女性: 2 名)、「ベツタリ」が 29 名 (40.3%, 男性: 28 名, 女性: 1 名) であった。 χ^2 test では、かじとり得点は $p=0.17$ 、きずな得点は $p=0.09$ であり、所属による有意な差は認めなかった (かじとり: $\chi^2=5.071$, $df=3$, $p<0.05$ 、きずな: $\chi^2=6.458$, $df=3$, $p<0.05$)。

AUDIT 得点 7 点以下を危険な飲酒の低リスク、8 点以上 19 点以下を高リスク、20 点以上を依存症疑いという分類を用いて、AUDIT 得点によるかじとり得点、きずな得点の差をみるために、一元配置分散分析を行った。その結果、かじとり得点、きずな得点共に有意な差は認めなかった (かじとり: $F(2, 126)=2.033$ 、きずな: $F(2, 129)=1.010$ 、共に $p<0.05$)。

(6) AUDIT (Table2-8, 2-9)

医療機関に所属する者には現在の飲酒状況、断酒会に所属するものには、断酒会に繋がるまでの 1 年についての回答を求めた。

回答の得られた 145 名の AUDIT 得点は平均 21.31 点 (SD: 16.99, Range: 0-46) であり、男性は平均 29.08 点 (SD: 14.95, Range: 0-46)、女性は平均 7.87 点 (SD: 11.06, Range: 0-46) となっており、男性が優位に高い得点を示した (t test, $p=0.00$)。所属別にみると、断酒会に所属する者の AUDIT 得点は医療機関に所属する者に比べて有意に高い結果となっている (t test, $p=0.00$)。また、医療機関に所属する者は男性、断酒会に所属する者は女性の平均値が高いものの、性別による有意な差は認めなかった (t test 医療機関: $p=0.30$, 断酒会: $p=0.83$)。

さらに、WHO の定める AUDIT 得点の 7 点以下を危険な飲酒の低リスク (以下、低リスクとする)、8~19 点を危険な飲酒の高リスク (以下、高リスクとする)、20 点以上をアルコール依存症疑い (以下、依存症疑いとする) のカットオフポイントを用いると、低リスクが 52 名 (35.9%)、高リスクが 18 名 (12.4%)、依存症疑いが 75 名 (51.7%) であった。

また、断酒会に所属する者に対して飲酒開始時の AUDIT 得点、現在の飲酒状況、断酒してからの年数に関する回答を求めた。まず、飲酒開始時の AUDIT 得点は平均 26.62 歳 (SD: 8.79) であり、性別による有意な差は認めなかった (t test, $p=0.57$)。次に、現在の飲酒状況については、飲まないと回答した者が 82 名 (97.6%)、1 ヶ月に 2~4 度、週に 4 度以上と回答した者が各 1 名 (1.2%) であった。断酒してからの年数については、1~3 年と回答した者が最も多く 21 名 (25.3%)、次いで 10~12 年が 11 名 (13.3%)、7~9 年が 10 名 (12.0%) であった。

(7) 他者から受けた指摘 (Table2-10)

飲酒に関して他者から指摘を受けた事の「ある」者は 94 名 (56.6%)、「ない」者は 72 名 (43.9%) であった。また、「ある」と回答した者のうち、「家族から指摘を受けた」者が 72 名 (77.4%) と最も多く、次いで「医師・医療従事者」が 56 名 (60.2%)、「会社の同僚もしくは友人」が 47 名 (50.5%) の順であった。他者から指摘を受けた経験と危険な飲酒のリスクとの関連を確認するため AUDIT の

カットオフポンを用いて χ^2 test を行った。その結果、他者からの指摘と AUDIT 得点との間に関連を認め、また、危険な飲酒低リスク、高リスク、依存症疑いの調整済み残渣はそれぞれ 5、9、71 であったことから頻度にも差を認め、AUDIT 得点の高い者ほど多い傾向を示した (χ^2 test, $\chi^2=88.827$, $df=2$, $V=0.791$, $p<0.05$)。

また、指摘を受ける原因となる事柄と、それに対して指摘をする人を示し、その指摘に応じて飲酒量を減らすか否かについて回答を求めたところ、飲酒量を減らす方向で反応を示すのは「仕事や学業に支障が出たとき」に「医師」から指摘を受ける場合であり、危険な飲酒低リスク者ほど原因によらず指摘に応じる傾向が示された。

(8) 飲酒量を減らさなければいけないと思った経験 (Table2-11)

飲酒量を減らさなければいけないと思った経験の「ある」者は 80 名 (48.2%, 男性 64 名, 女性: 16 名)、「ほんの少しある」者は 44 名 (26.5%, 男性: 26 名, 女性: 17 名)、「ない」者は 42 名 (25.3%, 男性: 11 名, 女性: 31 名) であった。また、そう思うきっかけとなった出来事は「からだを壊した、あるいは不調を感じた」が 86 名 (53.8%) と最も多く、次いで「飲んでいた時の記憶がない」が 78 名 (48.9%)、「二日酔いが続いた」が 67 名 (41.9%) であった。そう思うきっかけとなった出来事で男性に比べて女性の経験が有意に多かった項目は「酔って暴れた」「飲むといつも人に絡む」であった。また、「酔って駅のホームで寝ていた」「酔って暴れた」「飲むといつも人に絡む」は医療機関、「二日酔いが続いた」「飲んでいた時の記憶がない」「精神的に落ち着かなくなった」「仕事や学業に影響が出た」「健診前だから」は断酒会が有意に高い結果となった (χ^2 test, $p<0.05$)。

危険な飲酒のリスクによる差をみると、飲酒量を減らさなければいけないと思った経験が「ある」者は依存症疑いの者に多く、「ない」者は低リスクの者に多かった (Tukey HSD test, $p<0.05$)。「酔って駅のホームで寝ていた」「酔って暴れた」は低リスク者、「飲んだ翌日、会社あるいは学校に遅刻した」「飲んでいた時の記憶がない」「精神的に落ち着かなくなった」は依存症疑いの者が有意に高く、これらが飲酒量を減らすきっかけとなったことを示した (χ^2 test, $p<0.05$)。

(9) K6 (Table2-12)

回答の得られた 161 名のうち、5 点未満が 82 名 (50.9%, 男性: 33 名, 女性: 48 名)、5 点以上が 79 名 (49.1%, 男性: 63 名, 女性: 16 名) であった。また、AUDIT 得点のカットオフポイントと、K6 得点のカットオフポイントでの差をみるために χ^2 test を行った。その結果、AUDIT 得点で低リスク、および高リスクと判定される者は有意に K6 が 5 点未満の者が多く、依存症疑いと判定される者は K6 が 5 点以上の者が有意に多かった ($\chi^2=38.797$, $df=2$, $p<0.01$)。

さらに、断酒会に所属する者に対して現在の K6 の回答を求めたところ、5 点未満が 54 名 (65.1%, 男性: 51 名, 女性: 2 名)、5 点以上が 29 名 (34.9%, 男性: 25 名, 女性 4 名) であった。

(10) ギャンブル習慣と問題 (Table2-13)

ギャンブル習慣があると回答した者は 44 名 (25.9%)、ないと回答した者は 126 名 (74.1%) であった。性別では男性のギャンブルの習慣が有意に多く (χ^2 test, $\chi^2=5.63$, $df=1$, $p<0.05$)、所属別では断酒会に所属する者が有意にギャンブルの習慣がある (χ^2 test, $\chi^2=4.04$, $df=1$, $p<0.05$) ことが示された。また、ギャンブルの習慣があると回答した者のうち、ギャンブルにより問題が生じているか否かについては、大きな問題が生じていると回答した者は 2 名 (11.4%)、どちらかと言えば問題

が生じていると回答した者が 11 名 (25.0%) であったが、性別や所属による有意な差は認めなかった (t test 性別 : $p=0.25$, 所属 : $p=0.16$)。

さらに、AUDIT 得点のカットオフポイントと、ギャンブルによる問題との差をみるために一元配置分散分析を行った結果、AUDIT 得点とギャンブルによる問題との間に有意な差は認めなかった ($F(2, 34) = 1.12, p < 0.05$)。

3.3.2 飲酒をする動機、飲酒により実際に経験した事柄、結果に対する受け止め方、飲み過ぎてしまう場面、飲み過ぎた時の対処法

1) 飲酒をする動機 (Table2-14)

飲酒をする動機 50 項目の平均値、標準偏差を算出し、得点分布を確認した。ここで、質問項目として意図が不明瞭であり得点の偏りがみられた 3 項目を除外した 47 項目を分析の対象として主因子法・Promax 回転による因子分析を行った。固有値の変化と因子の解釈可能性から 6 因子構造が妥当であると考えた。そこで再度 6 因子を仮定して主因子法・Promax 回転による因子分析を行った。その結果、十分な因子負荷量を示さなかった 2 項目を分析から除外し、残りの 45 項目に対して再度主因子法・Promax 回転による因子分析を行った。ここで、固有値の変化と因子の解釈可能性から 5 因子構造が妥当であると判断し、十分な因子負荷量を示さなかった 1 項目を除外して、残りの 44 項目に対して主因子法・Promax 回転による因子分析を行った。その結果、複数項目に 0.40 超える因子負荷量を示した 4 項目を除外して、残りの 40 項目に対して主因子法・Promax 回転による因子分析を行った。その結果、さらに複数項目に高い因子負荷量を示した 2 項目を除外し、38 項目に対して主因子法・Promax 回転による因子分析を行った。

第 1 因子は 16 項目で構成されており、お酒がなければ仕事や学業の成果をあげられないから、お酒がないと仕事への意欲がわからないから、身体を壊していることを忘れるため等、現在の状況を忘れるために飲酒を用いている内容を表す項目に高い負荷量を示していた。そこで、「問題の棚上げ」因子と命名した。第 2 因子は 13 項目で構成されており、嫌なことを忘れるため、気晴らしのため等、気分転換を表す項目に高い負荷量を示していた。そこで、「日常生活の中での気分転換」因子と命名した。第 3 因子は 4 項目で構成されており、人とのコミュニケーションを取りやすくなるから、人間関係が親密になるから等、円滑な人間関係を表す項目に高い負荷量を示していた。そこで、「人間関係の円滑化」因子と命名した。第 4 因子は 3 項目で構成されており、お酒の味を楽しむため、食事をおいしく味わうため等、お酒や食事を楽しむことを表す項目に高い負荷量を示していた。そこで、「お酒・食事を楽しむ」因子と命名した。第 5 因子は、性的に敏感になるため、性的な興奮を高めるための、性的な効果を高めることを表す 2 項目で構成されていた。そこで、「性的効果を高める」因子と命名した。

次に、各因子に高い負荷量を示した項目の平均値を算出することにより、問題の棚上げ得点 (平均 : 1.94, SD : 0.99)、日常生活の中での気分転換得点 (平均 : 2.89, SD : 1.16)、人間関係の円滑化得点 (平均 : 3.11, SD : 1.18)、お酒・食事を楽しむ得点 (平均 : 3.05, SD : 1.11)、性的効果を高める得点 (平均 : 1.54, SD : 0.93) とした。内的整合性を検討するために α 係数を算出したところ、問題の棚上げで $\alpha = 0.959$ 、日常生活の中での気分転換で $\alpha = 0.959$ 、人間関係の円滑化で $\alpha = 0.933$ 、お酒・食事を楽しむで $\alpha = 0.684$ 、性的効果を高めるで $\alpha = 0.936$ の値が得られた。男女の得点差を t test により検討したところ、すべての因子で男性が有意に高い得点を示した。

これに加え、AUDIT と各因子との差を確認するために、AUDIT 得点のカットオフポイントと各因子との分散分析を行った。その結果、各因子で有意な群間差が認められた (問題の棚上げ : $F(2, 131)$)

=90.281 $p < 0.01$ 、日常生活の中での気分転換 : $F(2, 132) = 48.125$, $p < 0.01$ 、人間関係の円滑化 : $F(2, 137) = 3.448$, $p < 0.05$ 、お酒・食事を楽しむ : $F(2, 135) = 12.518$, $p < 0.01$ 、性的効果をもつ : $F(2, 138) = 19.332$, $p < 0.01$ 。Tukey の HSD 法 (5%水準) による多重比較を行ったところ、「問題の棚上げ」では依存症疑いと低リスク、高リスクの間に有意な差を認めた。「日常生活の中での気分転換」では 3 群全てに有意な差を認め、依存症疑いは他の群に比べて有意に高い得点を示していた。「人間関係の円滑化」では低リスクと依存症疑いに有意な差を認め、依存症疑いが低リスクに比べ有意に高い得点を示していた。「酒・食事を楽しむ」では低リスクと高リスク、依存症疑いに有意な差を認め、平均値は低リスク < 依存症疑い < 高リスクという結果が得られた。「性的効果をもつ」は依存症疑いと低リスク、高リスクとの間に有意な差を認め、平均値は低リスク < 高リスク < 依存症疑いという結果が得られた。

2) 飲酒により実際に経験した事柄 (Table2-15)

飲酒により実際に経験した事柄 20 項目の平均値、標準偏差を算出し、得点分布を確認した。いくつかの項目で得点の偏りがみられたが、いずれの項目も飲酒により実際に経験した事柄を把握する上で重要な内容が含まれていると判断し、すべての項目を分析の対象とした。

この 20 項目に対して主因子法・Promax 回転による因子分析を行ったところ、固有値の変化と因子の解釈可能性から 3 因子構造が妥当であると考えた。そこで再度 3 因子を仮定して主因子法・Promax 回転による因子分析を行った。その結果、複数項目に 0.40 を超える因子負荷量を示した 1 項目を分析から除外し、残りの 19 項目に対して再度主因子法・Promax 回転による因子分析を行った。

第 1 因子は 12 項目で構成されており、お酒が原因で人間関係がぎくしゃくした、お酒が原因で人が離れていった等の人間関係に関する項目と、お酒を飲んだ翌日会社や学校に遅刻した等の失敗を表す項目、怒りっぽくなる等の心の不調和を表す項目で構成された。そこで、「失敗、関係・心の不調和」因子と命名した。第 2 因子は 4 項目で構成されており、お酒を飲むと人間関係が円滑になる、お酒を飲むと人間関係が深まる等、関係が良好になるという内容を示す項目に高い負荷量が示された。そこで、「関係・効率の向上」因子と命名した。第 3 因子は 3 項目で構成されており、お酒を飲むと気持ちが悪くなる等、飲酒による身体的影響を表す内容の項目で構成された。そこで、「身体的不調」因子と命名した。

次に、各因子に高い負荷量を示した項目の平均値を算出することにより、失敗、関係・心の不調和得点 (平均 : 1.71, SD : 0.76)、関係・効率の向上得点 (平均 : 2.33, SD : 0.80)、身体的不調得点 (平均 : 2.26, SD : 0.93) とした。内的整合性を検討するために α 係数を算出したところ、失敗、関係・心の不調和で $\alpha = 0.953$ 、関係・効率の向上で $\alpha = 0.837$ 、身体的不調で $\alpha = 0.837$ と高い値が得られた。男女の得点差を t test により検討したところ、すべての因子で男性が有意に高い得点を示した。

これに加え、AUDIT と各因子との差を確認するために、AUDIT 得点のカットオフポイントと各因子との分散分析を行った。その結果、「失敗、関係・心の不調和」、「関係・効率の向上」で有意な群間差が認められた (失敗、関係・心の不調和 : $F(2, 137) = 105.288$, $p < 0.01$ 、関係・効率の向上 : $F(2, 136) = 9.894$, $p < 0.01$)。Tukey の HSD 法 (5%水準) による多重比較を行ったところ、「失敗、関係・心の不調和」では依存症疑いと低リスク、高リスクの間に有意な差を認め、平均値は低リスク < 高リスク < 依存症疑いという結果が得られた。「関係・効率の向上」では低リスクと依存症疑いに有意な差を認め、平均値は低リスク < 高リスク < 依存症疑いという結果が得られた。

3) 結果に対する受け止め方 (Table2-16)

飲酒により経験した事柄（自己の考えとの一致）20項目の平均値、標準偏差を算出し、得点分布を確認した。いくつかの項目で得点の偏りがみられたが、いずれの項目も飲酒により経験した事柄（自己の考えとの一致）を把握する上で重要な内容が含まれていると判断し、すべての項目を分析の対象とした。

この20項目に対して主因子法・Promax回転による因子分析を行ったところ、固有値の変化と因子の解釈可能性から2因子構造が妥当であると考えた。そこで再度2因子を仮定して主因子法・Promax回転による因子分析を行った。その結果、十分な因子負荷量を示さなかった1項目を分析から除外し、残りの19項目に対して再度主因子法・Promax回転による因子分析を行った。

第1因子は15項目で構成されており、お酒が原因で人が離れていった、お酒を飲んだ翌日に欠勤・欠席した等の人間関係の不調や失敗を表す内容の項目で高い因子負荷量を示した。この他、気分的な不調や、身体的な不調を表す内容の項目で構成された。そこで、「失敗、関係・心身の不調」因子と命名した。第2因子は4項目で構成されており、人間関係を深めるためにお酒を用いる、心を和ませるためにお酒を用いる等、人間関係の円滑化や心を和ませる内容を示す項目に高い負荷量が示された。そこで、「人間関係・気分を変える」因子と命名した。

次に、各因子に高い負荷量を示した項目の平均値を算出することにより、失敗、関係・心身の不調得点（平均：4.33, SD：0.70）、人間関係・気分を変える得点（平均：3.02, SD：0.89）とした。内的整合性を検討するために α 係数を算出したところ、失敗、関係・心身の不調で $\alpha=0.950$ 、人間関係・気分を変えるで $\alpha=0.788$ の値が得られた。男女の得点差をt testにより検討したところ、有意な差は認めなかった。

これに加え、AUDITと各因子との差を確認するために、AUDIT得点のカットオフポイントと各因子との分散分析を行った結果、どの因子も有意な差は認めなかった。

4) 飲み過ぎてしまう場面 (Table2-17)

飲み過ぎてしまう場面9項目の平均値、標準偏差を算出し、得点分布を確認した。いくつかの項目で得点の偏りがみられたが、いずれの項目も飲酒により実際に経験した事柄を把握する上で重要な内容が含まれていると判断し、すべての項目を分析の対象とした。

この9項目に対して主因子法・Promax回転による因子分析を行ったところ、固有値の変化と因子の解釈可能性から2因子構造が妥当であると考えた。そこで再度2因子を仮定して主因子法・Promax回転による因子分析を行った。

第1因子は6項目で構成されており、昼食の時に飲む時、仕事帰りに一人で飲む時等、仕事の合間や活動の後を表す項目に高い因子負荷量を示した。そこで、「活動・仕事の合間や後」因子と命名した。第2因子は3項目で構成されており、友達と飲む時、お店で仲間と飲む時等、仲間や友人、家族と飲むといった内容を示す項目に高い負荷量が示された。そこで、「人と飲む」因子と命名した。

次に、各因子に高い負荷量を示した項目の平均値を算出することにより、活動・仕事の合間や後得点（平均：2.35, SD：1.13）、人と飲む得点（平均：2.72, SD：1.18）とした。内的整合性を検討するために α 係数を算出したところ、活動・仕事の合間や後で $\alpha=0.855$ 、関係・効率の向上 $\alpha=0.813$ と高い値が得られた。男女の得点差をt testにより検討したところ、活動・仕事の合間や後について男性が有意に高い得点を示した。

これに加え、AUDITと各因子との差を確認するために、AUDIT得点のカットオフポイントと各因

子との分散分析を行った。その結果、どちらの因子にも有意な群間差が認められた（活動・仕事の合間や後：F(2, 134) = 81.421, $p < 0.01$ 、人と飲む：F(2, 138) = 10.624, $p < 0.01$)。TukeyのHSD法(5%水準)による多重比較を行ったところ、「活動・仕事の合間や後」では各群の間に有意な差を認め、平均値は低リスク < 高リスク < 依存症疑いという結果が得られた。「人と飲む」でも各群に有意な差を認め、平均値は低リスク < 依存症疑い < 高リスクという結果が得られた。

5) 飲み過ぎた時の対処法 (Table2-18)

飲み過ぎた時の対処法 14項目の平均値、標準偏差を算出し、得点分布を確認した。いくつかの項目で得点の偏りがみられたが、いずれの項目も飲み過ぎた時の対処法を把握する上で重要な内容が含まれていると判断し、すべての項目を分析の対象とした。

この14項目に対して主因子法・Promax回転による因子分析を行ったところ、固有値の変化と因子の解釈可能性から2因子構造が妥当であると考えた。そこで再度2因子を仮定して主因子法・Promax回転による因子分析を行った。

第1因子は7項目で構成されており、飲む量を減らす、ゆっくり飲む等、飲み方を変更する内容を表す項目に高い因子負荷量を示した。そこで、「飲み方の変更」因子と命名した。第2因子は7項目で構成されており、からだを動かす、旅行に行く、人と話をする等、活動をする、あるいは人に相談するといった内容を表す項目に高い負荷量が示された。そこで、「活動・相談」因子と命名した。

次に、各因子に高い負荷量を示した項目の平均値を算出することにより、飲み方の変更得点(平均：2.24, SD：1.09)、活動・相談得点(平均：1.81, SD：0.90)とした。内的整合性を検討するために α 係数を算出したところ、飲み方の変更で $\alpha = 0.903$ 、活動・相談 $\alpha = 0.878$ と高い値が得られた。男女の得点差をt testにより検討したところ、飲み方の変更について男性が有意に高い得点を示した。

これに加え、AUDITと各因子との差を確認するために、AUDIT得点のカットオフポイントと各因子との分散分析を行った。その結果、「飲み方の変更」にのみ有意な群間差が認められた(飲み方の変更：F(2, 133) = 9.467, $p < 0.01$ 、活動・相談：F(2, 133) = 0.645, $p < 0.05$)。TukeyのHSD法(5%水準)による多重比較を行ったところ、「飲み方の変更」で有意な差を認めたのは低リスクと依存症疑いであり、平均値は依存症疑い < 高リスク < 低リスクという結果が得られた。

3.3.3 危険な飲酒に影響する要因の検討

危険な飲酒の指標となるAUDIT得点に関連する要因を検討するため、相関係数を算出した(Table2-19)。その結果、基本属性では年齢($p < 0.01$, $p = 0.648$)、性別($p < 0.01$, $p = -0.602$)、所属($p < 0.01$, $p = -0.917$)との間に有意な相関が認められた。さらに、ギャンブル問題の程度とAUDIT得点との間にも有意な相関が認められた($p < 0.05$, $p = -0.372$)。

また、飲酒をする動機、飲酒により実際に経験した事柄ではすべての因子でAUDIT得点との相関が認められたものの、飲酒により経験した事柄(自己の考えと一致)とは相関が認められなかった。さらに、飲み過ぎてしまう場面ではすべての因子にAUDIT得点との有意な相関が認められたものの、飲み過ぎた時の対処法では飲み方の変更にのみAUDIT得点との有意な相関が認められた($p < 0.01$, $p = -0.386$)。

この結果から、飲酒の重症度を示すAUDITと類似すると考えられる所属と、飲酒の動機と類似するような内容を表す飲み過ぎる場面を除く変数を採用し、階層的重回帰分析を行った(Table2-20)。まず、年齢、性別、初飲年齢、フラッシングの有無を投入し、Model1とした。その結果、「性別」(β

=-0.390)、「年齢」($\beta=-0.344$)、フラッシングの有無($\beta=-0.190$)が AUDIT 得点に対する標準偏回帰係数(β)が有意であり、危険な飲酒に影響していることが示された。次に、Model1 に飲酒をする動機の下位項目を加えて Model2 とした。その結果、Model1 と同様、「性別」($\beta=-0.149$)、「性別」($\beta=-0.184$)、「フラッシングの有無」($\beta=0.169$)と、飲酒をする動機では第 1 因子の「問題の棚上げ」($\beta=0.352$)、第 2 因子の「日常生活の中での気分転換」($\beta=0.426$)が AUDIT 得点に対する標準偏回帰係数(β)が有意であり、危険な飲酒に影響していることが示された。引き続き、飲酒により実際に経験した事柄、結果に対する受け止め方の下位項目を加え、Model3 とした。その結果、「年齢」($\beta=0.170$)、「性別」($\beta=-0.184$)、「フラッシングの有無」($\beta=0.169$)、飲酒をする動機では第 2 因子の「日常生活の中での気分転換」($\beta=0.164$)、飲酒により実際に経験した事柄では「失敗、関係・心の不調」($\beta=0.512$)が AUDIT 得点に対する標準偏回帰係数(β)が有意であり、危険な飲酒に影響があることが示された。Model3 に飲み過ぎた時の対処法を加えて Model4 とした。その結果、「年齢」($\beta=0.175$)、「性別」($\beta=-0.131$)、「フラッシングの有無」($\beta=0.102$)と、飲酒により実際に経験した事柄の第 1 因子である「失敗、関係・心の不調和」が AUDIT 得点に対する標準偏回帰係数(β)が有意となった。最後に K6 を投入し、Model5 とした。その結果、「年齢」($\beta=0.173$)、「性別」($\beta=-0.130$)、飲酒により実際に経験した事柄の第 1 因子「失敗、関係・心の不調和」($\beta=0.552$)が AUDIT 得点に対する標準偏回帰係数(β)が有意であり、危険な飲酒に影響があることが示された。

3. 4 考察

3.4.1 対象の概要と危険な飲酒の実態

本研究の対象は、医療機関に所属する者と断酒会に所属する者である。Wurst ら (2013) は、456 名の内科医に E-mail もしくは郵送により AUDIT、あるいは AUDIT の短縮版である AUDIT-C を用いて実施した調査を報告している。それによると、AUDIT-C のカットオフを 5 点として評価すると、女性内科医の 15.7%、男性内科医の 37.7%がスクリーニングで陽性と判断された。一方、一般集団では AUDIT-C で女性の 4.0%、男性の 9.5%がスクリーニングで陽性と評価され、内科医より低い値を示した。また、AUDIT では女性内科医が 19.6%、男性内科医が 48%陽性と判断されるのに対し、一般集団の性別による有病率は女性の 6.3%、男性の 15.5%と評価されるとしている。本研究では、医療機関に所属する者のうち、AUDIT で高リスク、あるいは依存症疑いと判定される者は女性で 10.5%、男性で 12.7%であり、Wurst らの報告している内科医よりは高リスクと判定される者の割合が低かったものの、一般集団と比較すると女性のみ高い割合を示した。我が国では、厚生労働省研究班(樋口進代表)(2014)が 2013 年 7 月、全国から無作為に抽出した成人のうち同意が得られた 4,153 人(59%)に実施した飲酒習慣や治療経験に関する面接調査が実施された調査が報告されており、その報告によると WHO のアルコール依存症の診断基準(ICD10)を満たす人は男性 1.0%、女性 0.2%で、2012 年時点の人口に当てはめると約 58 万人、過去に 1 度でも依存症の基準を満たした「依存症経験者」は男性約 95 万人(1.9%)、女性約 14 万人(0.3%)となり、合計で約 109 万人に上ることを報告している。このことから、本研究における対象は一般集団に比較して危険な飲酒をしている者を多く含む可能性がある。

初飲については、17 歳までに 23.1%、20 歳までに 58.6%の者が経験しており、女性に比べて男性が有意に早く飲酒を開始しているものの、医療機関に所属する者と断酒会に所属する者との間に有意な差は認められなかった。さらに、フラッシングの有無については、女性より男性、断酒会に所属す

る者より医療機関に所属する者が有意にフラッシングをしないという結果となった。このことから、青年期にみられる好奇心旺盛かつ、反抗的、衝動傾向は男性に強く、比較的低年齢のうちに飲酒を経験するものの、フラッシングがみられない、つまりアルコール分解酵素があるために危険な飲酒をしやすい傾向が伺える。

また、大酒飲みの家族の有無について、大酒飲みの家族がいる、もしくはおそらくいると回答した者は全体の44.9%を占めていた。家族に大酒飲みがいると回答した者のうち、高リスクと評価されるAUDIT 8点以上の者は76.4%、おそらくいると回答した者では41.7%であり、いると回答した者のうち医療機関に所属する者は21.8%含まれていた。McCutcheonaら(2014)は、11年前に行った調査においてアルコール依存症の病歴はないものの飲酒や家族歴において高リスクとされる者について再度面接調査を行った結果、15%がアルコール依存症を発症しており、19.5%はアルコール依存症を発症していなかったが、追跡調査時にも高リスクの飲酒者であったことを報告している。アルコール依存症のリスクの観点から考えると、特に、医療機関に所属する者で大酒飲みの家族がいると回答し、かつAUDIT得点が高リスクと判定される者に関しては継続的な観察と、依存症に移行しないような予防的観点からの支援が必要であると考えられる。

FACESKGIV-8では、医療機関に所属する者はかじとり得点で「てんやわんや」が35.9%であるが「柔軟」も29.5%を占めた。またきずな得点は「ベツタリ」が52.5%であり、半数を超えていた。他方、断酒会に所属する者はかじとり得点で「融通なし」が28.6%、「てんやわんや」が27.1%であり、家族機能としては病理度が高いと評価される者が半数を超えた。また、きずな得点で「ベツタリ」が40.3%、「バラバラ」が33.3%であり、こちらも病理度が高いと評価される者が7割を超えた。医療機関に所属する者、断酒会に所属する者の間に統計学的に有意な差は認めなかったものの、危険な飲酒が深刻化し、アルコール依存症へと至った家族は、家族機能に病理的な側面が伺える。研究1でも示した通り、アルコール問題の認識にはアルコール依存症者とその家族に時間的差異が生じており、飲酒問題がより深刻化するという負の連鎖をもたらすことに影響している(新井、2013)。家族機能の側面からみると、危険な飲酒をしている本人はその飲み方を指摘されることで否認が強まる、つまり融通のなさが顕著になる場合と、危険な飲酒の結果生じる健康障害や、家庭内で生じるトラブル等に対処するために家族がてんやわんやする場合があることが推察される。また、危険な飲酒の深刻化への対処として家族自身が奮闘し、危険な飲酒をしている本人とベツタリな状態となる場合と、危険な飲酒がもたらす結果として家族がバラバラになっていく場合がある可能性考えられる。西川(1998、1999)は、患者が飲酒している家族では家族システムの変化が少なく硬直化していることを報告している。このことから、危険な飲酒がアルコール依存症へと進行していく過程でこれまで述べてきたように、家族機能が病理的な機能へと変化し、その状態で硬直化している可能性が考えられる。危険な飲酒をしている者がアルコール依存症へと進行する危険性を回避するためには、家族機能の変化が生じ始めた段階で危険な飲酒をしている本人とその家族がアルコールの相談機関に繋がり、支援を受け入れられるようなシステムづくりが必要であろう。

他者から飲酒量を減らすよう指摘を受けた際の対応では、危険な飲酒低リスク者ほど誰から指摘を受けるかどうかに関わらず、その指摘に応じる傾向が示された。この結果は危険な飲酒に対する早期発見・介入の有用性を示したものであり、動機づけ面接等を用いながら15~30分程度の行動カウンセリングを行うブリーフ・インターベンション(brief intervention)やHAPPY(Hizen Alcoholism Prevention Program Yuzuriha、早期介入を行うためのパッケージ)(杠、2008)等を行うことが重要である。

また、飲酒とメンタルヘルスの関連については Ragland ら (2000) によってもなされており、本研究においても AUDIT 得点が高い者は K6 得点が高く、飲酒とメンタルヘルスの関連が見出された。飲酒のリスクが高いほどメンタルヘルスに影響を及ぼすため、双方のスクリーニングをしていくことが必要であろう。

ギャンブルとの関連では、ギャンブル習慣は男性に多く、医療機関に所属する者に比べて断酒会に所属する者が多いという結果になっている。Fischer ら (2008) は、病的ギャンブリング、アルコール乱用、過食と緊急性、感覚探究、計画の欠如の影響についての報告では、感覚探究はギャンブルとアルコールの頻度に関係するが、ギャンブルをするか、飲酒をするか、過食をするかは個人により異なるとしている。我が国では、病的ギャンブラーがアルコール依存症を合併している割合が 5%程度との報告はあるが (森山、2008 ; 原田ら、2010)、危険な飲酒者を含めた割合は報告されていない。今後、危険な飲酒と病的ギャンブリングの関連についての検討も必要であろう。

3.4.2 飲酒をする動機とその結果への対処

飲酒の動機には、問題の棚上げ、日常生活の中での気分転換、人間関係の円滑化、お酒・食事を楽しむ、性的効果を高めるがあった。AUDIT 得点が高い者は各動機の得点が低く、AUDIT 得点が高い者ほど各動機の得点が高い結果となった。また、人間関係の円滑化のみ、AUDIT 得点が 8-19 点に位置し、危険な飲酒が高リスクと判定される者の得点が高いという結果となった。このことから、AUDIT 得点が高い者は飲酒への動機が低く、AUDIT 得点が高くなるほど飲むための理由が増え、AUDIT 得点が 8-19 点に位置する高リスクの者は人間関係の円滑化を求めて飲酒をしていることが明らかとなった。これに加え、飲み過ぎてしまう場面では活動・仕事の合間や後等飲酒機会が多い者ほど AUDIT 得点が高く、AUDIT 得点が 8-19 点の高リスクに該当する者は人と飲む時に飲み過ぎてしまう結果となっている。このことから、AUDIT 得点が高リスクに該当する者は人と飲む機会が多く、依存症に該当する者ほど人と飲むが減少することが示された。これは、研究 1 にみられる結果と同様の結果である。我が国の飲酒風土は「神との共食としての飲酒」、「血縁のかためとしての飲酒」、「地縁のかためとしての飲酒」、「集団のかためとしての飲酒」、「情報交換・楽しみとしての飲酒」、「ストレス解消としての飲酒」、「日常の疲れを癒す飲酒」、「自己演出のための飲酒」と、段階を追って発展してきた (アルコール保健指導マニュアル研究会、2003)。この飲酒風土の発展を考慮すると、アルコール代謝という側面から見て飲酒をすることが可能である者が人間関係の円滑化を動機として飲むことは我が国の特徴的な結果であると考えられる。これらの結果から、これまで人と飲む機会が多かった者が、人と飲む機会が極端に減少した際には飲酒問題が深刻化している徴候である可能性があると考えられる。これに加え、飲酒の動機として社会不安との関連を示す報告が散見される (Clerkin ら、2012 ; Windle ら、2012)。今後は、社会不安も含めた調査が求められると考えられる。

また、飲酒により実際に経験した事柄では AUDIT 得点が高いものほど失敗、関係・心の不調和と関係・効率の向上というポジティブな結果とネガティブな結果の両方の得点が高かった。一方、これらの結果に対する受け止めでは、AUDIT 得点による差は認めなかった。これに加えて飲み過ぎた時の対処法については AUDIT 得点が高いほど飲み方の変更という対処法をとり、AUDIT 得点が高くなるほど飲み過ぎという状況の対処をとらなくなるという結果となった。このことから、AUDIT 得点が高いものは飲酒による好意的な効果、望まない効果双方を経験している。また、AUDIT 得点に関わらず、飲酒により実際に経験した事柄を受け止める傾向にある。しかし、AUDIT 得点が高い者は飲酒により実際に経験した事柄を受け止めるものの、そもそもの原因となっている「お酒を飲む」と

いう行為に対して対応しなくなっていく。つまり、依存が形成されることにより飲酒により生じる事柄はわかっているものの、自身の意思ではコントロールが出来なくなっていくことが示されていると考えられる。このことから、アルコール依存症への進行を予防するための対策として、飲酒により生じる結果に対応可能である高リスクの者に対して現状の認識とそれに対する対応可能性を評価し、それぞれに応じた介入をしていくことが必要であると考えられる。

3.4.3 危険な飲酒に影響する要因の検討

AUDIT 得点を従属変数とした階層的重回帰分析では、第 5 ステップに投入した項目の中で AUDIT 得点と有意な関連が認められたのは「年齢」、「性別」、「失敗、関係・心の不調和」であった。Lee ら (2012) は、アルコールの特有の影響は 20 代前半でアルコール乱用の症状に影響を及ぼす一方、思春期に増加する一般的な負の暴露は 20 代後半から 30 代前半のアルコール乱用の徴候の危険因子として重要であるとしている。また、Tsai ら (2012) は、危険な飲酒の危険因子は男性、低学歴、心疾患、喫煙等であるとしており、かねてより飲酒問題の性差については指摘されている (清水、2003)。さらに、研究 1 でも示した通り、危険な飲酒の継続により気分がかき乱されるといった心の不調和をもたらすようになる (新井ら、2013)。このことから、AUDIT と有意な関連が認められた変数はいずれも危険な飲酒と関連の強い要因である。

特に、第 3 ステップ、第 4 ステップ、第 5 ステップで AUDIT に及ぼす影響が強かったのが飲酒により実際に経験した事柄の下位項目である「失敗、関係・心の不調和」であった。これは、AUDIT との強い相関がみられており、AUDIT 得点が高い者ほど経験している割合が高いと考えられる。アルコール依存症は関係性の病 (松下、2011) とも言われるほど周囲との関係に障害を及ぼす疾患である。また、失敗や関係・心の不調和は周囲にも影響を与えるため、危険な飲酒をしている本人が受ける負の影響も大きいと考えられる。そして、繰り返しになるが、有職者は無職者に比べて危険な飲酒に陥りやすい。また、研究 1 で示されたように、家庭内が安らげる場ではない場合も、危険な飲酒のリスク要因となり得る。飲酒による失敗や関係・心の不調和が出現した際、仕事上のストレスや、家庭内でのストレスが加わることで、飲酒に拍車がかかっていく危険性が考えられる。このことから、お酒の席での失敗や、それによる関係の不調和が生じた際には自身の飲酒行動を振り返り、修正できるような支援が必要であると考えられる。

また、第 2 ステップでは飲酒をする動機の下位項目である「問題の棚上げ」と「日常生活の中での気分転換」が AUDIT 得点との有意な関連を示していたものの、第 3 ステップで飲酒により実際に経験した事柄と飲酒の結果に対する受け止め方を投入することで「問題の棚上げ」に有意な関連を認めなくなり、さらに第 4 ステップで飲み過ぎた時の対処法を投入することで「日常生活の中での気分転換」も AUDIT 得点との関連がみられなくなった。この結果から、アルコールによる効果を期待して飲酒をするものの、飲酒により不都合がもたらされることとなり、その不都合な結果が危険な飲酒をしている本人に強い影響をもたらすために飲酒の動機が打ち消されることとなっている状態が推察される。危険な飲酒の継続により依存が形成された場合、不都合な結果がもたらされ続けて問題の修復が困難な状態となる。この状態を回避するためには先にも述べたとおり、自身の飲酒行動を振り返り、修正できるような支援をしていくことが求められる。

3.4.4 段階に応じた介入方法の検討

飲酒の動機には、「問題の棚上げ」、「日常生活の中での気分転換」、「人間関係の円滑化」、「お酒・食

事を楽しむ」、「性的効果を高める」の 5 つがある。本研究では、AUDIT 得点が低い者は各動機の得点が低く、AUDIT 得点が高い者ほど各動機の得点が高い結果となった。このことから、AUDIT 得点が高い者は飲酒への動機が低く、AUDIT 得点が高くなるほど飲むための理由が増え、AUDIT 得点が 8-19 点に位置する高リスクの者は「人間関係の円滑化」を求めて飲酒をしている傾向が認められる。これに加え、飲み過ぎてしまう場面では「活動・仕事の合間や後」等飲酒機会が多い者ほど AUDIT 得点が高く、AUDIT 得点が 8-19 点の高リスクに該当する者は「人と飲む」時に飲み過ぎてしまう結果となっている。このことから、AUDIT 得点が高リスクに該当する者は人と飲む機会が多く、依存症に該当する者ほど人と飲むが減少する状態が伺える。これらを考慮すると、危険な飲酒の 3 つの段階に応じた介入が求められる。

まず、低リスクに位置する者は、問題のない飲み方を継続していくことが重要である。序論でも述べたとおり、有職者は無職者に比べてアルコール使用障害（乱用もしくは依存）の診断が可能と判断される者が多く存在するとされる（赤澤ら、2010）。また、我が国の特徴としては飲酒に関して極めて寛容な習慣が培われており、安易で手っ取り早いストレス解消法として容認されている風潮や、晩酌文化が色濃く国民に浸透している現状がある（白倉、2002）。このことから、飲酒量を増加させるリスク要因であるメンタルヘルスの不調和を軽減、あるいは改善することで良好なメンタルヘルスを保ち、必要時カウンセリングなどの援助が受けられるような体制が必要であろう。

しかし、低リスクに位置していても、低年齢の者等は危険な飲酒に繋がりやすい。危険な飲酒を防ぐためには、健康日本 21 でも示されているように、飲酒を開始する前の中学生や高校生等の段階から飲酒が及ぼす影響等の教育をしていくことが重要である。

次に、高リスクに位置する者では、「人間関係の円滑化」を求めて飲酒をしているために「人と飲む」機会が多く、飲酒量が増加している傾向が伺える。ここで、飲み過ぎた翌日には飲酒量を減らす等の対応ができなくなる、飲酒をする動機が変わる等が生じた場合は危険なサインである可能性がある。これに加え、アルコールにより人間関係に変化が生じる、あるいは健康に影響を及ぼす場合も同様の可能性が考えられる。本研究では医療機関に所属する者で大酒飲みの家族がいると回答し、かつ AUDIT 得点がハイリスクと判定される者がいた。これは、一般集団においても同様であると考えられる。この段階での対応として、まず、アルコールの専門治療機関や、アルコールに精通している相談機関等に相談することが重要である。そのためには、産業保健や救急医療、アルコール健康障害により治療介入することの多い内科をはじめとする一般診療科で、危険な飲酒者をスクリーニングし、アルコール専門機関につなぐことができる体制を構築していくことが重要であると考えられる。アルコール健康障害対策基本法の基本施策では、教育の進行・不適切な飲酒の誘引の防止・健康診断及び保健指導・アルコール健康障害に関わる医療の充実等・アルコール健康障害に関連して飲酒運転等をした者に対する指導等・相談支援等・社会復帰の支援・民間団体の活動に対する支援・人材の確保等・調査研究の推進等を規定している。まさに、この基本施策を実行できるよう体制を整えていくことが必要である。介入の視点として、この段階にある者は飲酒により生じる結果に対応可能であると考えられるため、アルコールの専門治療機関や、アルコールに精通している相談機関等で現状の認識とそれに対する対応可能性を評価し、それぞれに応じた介入をしていくことが必要であると考えられる。これに加えて、大酒飲みの家族がおり、かつ AUDIT において高リスクと判定される者については飲酒が日常生活に影響を及ぼしているか否かを詳細にアセスメントした上で、継続的な観察と、支援が必要であると考えられる。

さらに、飲酒による問題が顕在化した段階では、アルコールにより生じた失敗や他者との関係性、

自分自身の心理的な変化等が生じ、それを改善するために飲む傾向が伺える。さらに、アルコールにより生じた失敗、人間関係・心の変化や、その他望まない事態が生じても飲み方を変化させない（またはできない）、あるいは人と飲むことを避け、一人で飲む等の傾向がある場合には、危険な飲酒が深刻化している危険性がある。この時には周囲も危険な飲酒をしている本人のアルコールに関する問題に気づいていると思われる。危険な飲酒をしている本人はその状況への適切な対応をとることができなくなっている可能性があるため、本人を取り巻く人も協力し、アルコールの専門医療機関に繋げることが重要である。

家族機能に着目すると、断酒会に所属する者には「融通なし」や「てんやわんや」、「ベツタリ」や「バラバラ」という特徴を示しており、医療機関に所属している者にみられた「柔軟」がみられなくなっている。つまり、危険な飲酒の深刻化により家族機能が変化していったものと考えられる。家族機能の変化が生じ始めた段階で危険な飲酒をしている本人とその家族がアルコールの相談機関に繋がり、支援を受け入れられるようなシステムづくりが必要であろう。

3. 5 本研究の限界と今後の課題

本研究では、医療機関に所属する者と断酒会に所属する者への質問紙調査により、危険な飲酒のリスクとなり得る背景的特徴、飲酒をする動機、その後の結果と認識、結果に対する対処法等の特徴や、危険な飲酒に影響を及ぼす要因を掴むことができた。しかし、今回は医療機関と断酒会を対象とした調査であるため年齢や性別に偏りのある対象である。また、一般集団と比較して危険な飲酒のリスクが高い対象であった可能性がある。そのため、我が国における危険な飲酒をしている者の状態を反映できていない可能性がある。これに加え、医療機関の回収率が低く、これも一般集団の状況を反映できない要因となっている。回収率低下に影響した要因として、危険な飲酒をしている者が自己の飲酒問題に対する回答を避け（否認）している、あるいは否認を誘発する質問紙のタイトルだった可能性がある。

このことから、今後は一般集団の中で問題のある飲酒をしている者や、問題を抱えながらも社会生活に影響を及ぼさない範囲で踏みとどまっている者等多様な段階にある者への調査を行い、我が国における危険な飲酒の実態やその特徴等も明らかにし、飲酒の特徴に応じた介入方法を検討していく必要がある。さらに、質問紙のタイトルを工夫する等し、回収率を上げることで危険な飲酒の実態を掴んでいくことも必要である。

3. 6 まとめ

医療機関に所属する者 88 名、断酒会に所属する者 85 名の質問紙調査から、危険な飲酒のリスクとなり得る背景的特徴、飲酒をする動機、その後の結果と認識、結果に対する対処法等の特徴や、危険な飲酒に影響を及ぼす要因を示すことができた。

本研究では、初飲は男性が早く、対象者の 6 割近くが 20 歳までに飲酒としている。また、大酒のみの家族がいる者は全体の半数近くおり、その中でも危険な飲酒高リスク者が 8 割近くを占めている。そして、AUDIT 得点が高い者は K6 が高い傾向を示していた。

危険な飲酒には 3 つの段階があり、それに応じた対応が求められる。低リスクに位置する者は、問題のない飲み方を継続できるよう良好なメンタルヘルスを保つことが必要であり、必要時カウンセリ

ングなどの援助が受けられるような体制が必要である。また、危険な飲酒を防ぐためには中学生や高校生等の段階から飲酒が及ぼす影響等の教育をしていくことが重要である。

高リスクに位置する者では、「人間関係の円滑化」を求めて飲酒をしているために「人と飲む」機会が多く、飲酒量が増加している傾向がある。ここでは、飲み過ぎた時の対処可能性の有無、飲酒動機の変化、人間関係の変化、健康への影響が危険なサインとなる。この段階では飲酒により生じる結果に対応可能であると考えられるため、アルコールの専門治療機関や、アルコールに精通している相談機関等で現状の認識とそれに対する対応可能性を評価し、それぞれに応じた介入をしていくことが必要である。さらに、大酒飲みの家族の有無にも着目し、対応していくことが求められる。

飲酒による問題が顕在化した段階では、アルコールにより生じた失敗や他者との関係性、自分自身の心理的な変化等が生じ、それを改善するために飲む一方、それらの事態が生じても飲み方を変化させない（またはできない）、あるいは人と飲むことを避け、一人で飲む等の傾向がある。この段階では本人を取り巻く人も協力し、アルコールの専門治療期間に繋げることが重要である。さらに、家族機能も変化している可能性があり、変化が生じ始めた段階で危険な飲酒をしている本人とその家族がアルコールの相談機関に繋がり、支援を受け入れられるようなシステムづくりが必要である。

第 4 章

危険なギャンブリングの認識における 変化のプロセス (研究 3)

第4章 危険なギャンブリングの認識における変化のプロセス（研究3）

4. 1 目的

我が国では、かねてよりアディクション問題と言えばアルコール問題が論じられてきた。しかし、近年は、アルコール以外のアディクション問題を持つ者が増加してきたことに伴い、様々なアディクション問題に関する多くの報告がみられるようになってきている。その中でも、これまで研究が蓄積されてきたアルコール問題との関連性や類似性に着目した、アルコールによる脳内の報酬と類似した脳内の報酬機序に関する研究が散見されるようになった。

アディクションはどこまでが問題のない範囲で、どこからが使用障害なのかが曖昧であることから、正常から障害への「連続性」に注目されている。この「連続性」の中で、使用障害に至る前の早期の段階ならば比較的短期間の治療介入でより高い治療効果をもたらすものの（樋口ら、2000）、問題や使用障害が深刻化するに伴い治療による効果や、その持続が図りにくい状態となってしまうとされている。しかし、研究蓄積の乏しい過程・行動アディクションについては正常から使用障害に至るプロセスについての検討がなされておらず、プロセスに応じた予防的介入が行えていないのが現状である。そこで、本研究では、アルコール問題を含む物質アディクション以外のアディクションのうち、生活に密接しており、かつ違法性がなく誰もが罹患し得る疾患であり、正常から障害の連続性からそれらの境界が曖昧であるがゆえに問題が表面化しにくい病的ギャンブリングに着目し、患者とその家族の病的ギャンブリングに関する認識と、変化のプロセスを明らかにすることで、変化の時期に合わせた介入方法を検討することである。

4. 2 研究方法

4.2.1 研究デザイン

本研究は、実証的データに関して未だ十分な記述がなされていない病的ギャンブラーとその家族を対象とし、病的ギャンブリングが進行していくプロセスをギャンブラー本人と家族の視点から記述していくことを目的としている。そのため、研究デザインとしては質的記述的研究とし、グラウンデッド・セオリー・アプローチの継続的比較分析を用いて分析を行った。

グラウンデッド・セオリーは、1960年代に、2人の社会学者、象徴的相互作用論（symbolic interactionism）を理論的関連性とし、グレイサーとストラウスによって開発された。グラウンデッド・セオリーは、社会的プロセスと社会的構造を研究する方法であり、現実に基づいて、現象について包括的な説明を生成することを目的とし、特定の事象やエピソードを特徴づける社会的・心理学的ステージや相（フェース）を焦点化していく研究技法である（Politら、2010）。

また、継続的比較（constant comparison：絶えざる比較）とは、データとデータの比較、データとカテゴリーの比較、カテゴリーと概念の比較といった、帰納的過程を通じて、より抽象的な概念と理論を継続的に生成する分析法であり、比較することにより、分析の発展のそれぞれの段階を築く（Charmaz、2008）。そして、理論的飽和とは、理論的カテゴリーに関して、これ以上データを集めることが何らかの新しいカテゴリー特性を示すこともなく、また創発するグラウンデッド・セオリーに関しても、さらなる理論的な洞察を生みださない状態のことである（Charmaz、2008）。

グラウンデッド・セオリーの分析には、グレイサーとストラウスによる、データから理論を生成するグラウンデッド・セオリーの方法（グラウンデッド・セオリー・メソッド）と、ストラウスとコー

ビンが開発したグラウンデッド・セオリー・アプローチがある。グレイサーの分析は、基本的な問題をデータから浮かび上がらせ、発見することを目指す。一方、ストラウスとコービンは、研究そのものは基本的な問題が必ずしもデータから浮かび上がらなければいけないということではなく、むしろそれは他者からのアイデア、文献から引き出された課題、個人的経験・職業的経験から引き出された課題、研究そのものから明らかになった課題という研究問題の潜在的な 4 つの源泉 (Corbin & Strauss, 2012) のうちの 1 つでしかないと捉える。本研究は病的ギャンブリングに関する一般化のプロセスに焦点を当てることを目的としており、ストラウスとコービンのグラウンデッド・セオリー・アプローチを用いる。

この方法では、オープン・コーディング、軸足コーディング、選択コーディングの 3 種のコーディングを用いる。まず、オープン・コーディング (open coding : オープン・コード化) により、データを部分に細分し、類似点と相違点を比較する。そして、特性 (property : プロパティ)、次元 (dimension : ディメンション) に焦点を置き、類似の行動、事象、対象を、さらに抽象的な概念にまとめ、「カテゴリー (category)」とする。次に、軸足コーディング (axial coding : 軸足コード化) により、条件、行為/相互行為、そして帰結を基本的な構成要素とする「パラダイム (paradigm)」を用いてカテゴリーを体系化し、それらを下位カテゴリーと結び付ける。最後に、選択コーディング (selective coding : 選択コード化) により、分析結果を統合し精錬することで中心カテゴリー (central category) (「コア・カテゴリー」ともいう) を特定していく (Polit ら、2010)。

4.2.2 対象の選定

調査対象は、病的ギャンブラーで次の 2 つの条件を満たす者とした ; 1) SHG (SHG : Self help group 以下、SHG とする)、もしくは回復施設に繋がっており、2) 自己の経験を振り返って第 3 者に語ることのできる者。尚、病的ギャンブルに関わるエピソードの想起において気持ちの動揺などの状態が見受けられた際には調査を中止し、必要な援助を受けられる点を保障した。これらの条件を満たす対象者に半構造化面接を行い、得られたデータをもとに継続的比較分析法による分析を行った後、理論的飽和に達したと判断された 8 人で分析を終了した。尚、対象の選定については病的ギャンブラーの回復施設スタッフより紹介を受けた。

4.2.3 調査期間

2013 年 8 月～9 月

4.2.4 面接調査、及び質問紙調査

ギャンブラー個人に面談し、インタビューする形式をとった。質問内容は調査期間全体を通じて以下の 8 項目で、研究者の質問に応じて随時語ることを依頼した ; 1) これまでに経験をしたギャンブルの種類、2) ギャンブルを始めたきっかけ、3) のめりこみ方の変化といったギャンブルをする行為、4) 精神的状態や症状の変化とその認識、5) 社会生活への影響の変化とその認識、6) 経過に応じたギャンブルへの思いや捉え方、7) 他者から受けた指摘の有無、8) 医療や SHG に繋がった経緯。尚、これらの 8 項目についてはそれらが出現した時期を確認し、ギャンブラー本人と研究者がともに時間的経過を把握し照合するよう努めた。対象者の語りの中から①消費者金融 (以下、サラ金とする) 利用、②医療機関受診の有無、③SHG への参加の有無、④依存症回復施設入所の有無、及び、初回のギャンブル体験後、①～④に至る年数としてとらえられると研究者が判断し、整理したものを示す (表

2)。

さらに、インタビュー終了後に、次に挙げた内容で質問紙調査を行った；1) 対象者の属性、2) 既往、3) 治療経験・SHG 参加・施設入所状況、4) 医療・SHG の情報入手経路、5) ギャンブリング尺度、6) SOGS。尚、SOGS は臨床現場における病的賭博のスクリーニングとして Lesieur と Blume により開発された尺度 (1987) であるが、本尺度の利用において DSM-IV 診断基準と較べて一般市民における病的ギャンブラー数を過大に評価する傾向が報告されている (Stinchfield, 2002)。しかし、本研究では対象の条件に示した通り、既に SHG もしくは回復施設に繋がっている者を対象としているため、SOGS による過大評価の影響は受けにくいと考え、対象条件を満たすことを確認するための尺度として採用した。

4.2.5 厳密性、真実性の担保

本研究では、研究計画立案から分析に至る全ての過程でアディクション治療に携わり、かつアディクションに関する研究実績のある指導者より専門的知見に関する助言を得た。また、質的研究法を手掛けている研究者から分析内容についてスーパービジョンを受けるとともに、精神科領域の研究に携わる数名の研究者と、データおよび分析結果についてディスカッションした。また、病的ギャンブラーである対象者に分析結果を提示するメンバーチェックングにより確実性を高めるとともに、論文中に詳細な記述をすることで厳密性、真実性の確保に努めた (麻原ら、2007)。

4.2.6 倫理的配慮

本研究は筑波大学医の倫理委員会の承認を得て実施した (通知番号第 781 号)。本研究の実施にあたり、施設責任者に研究概要とインタビュー内容を文書及び口頭で説明し承諾を得た。また研究協力者には個人のプライバシーの保護に最大限に留意すると共に、自由意思による参加、同意の撤回等について文書および口頭で説明し、同意書への署名をもって同意を得た。

4. 3 結果

4.3.1 対象者の背景

インタビュー対象者の背景の一覧を Table3-1 に示す。

ギャンブラー本人のインタビュー時の平均年齢は 42.9 歳 (SD : 10.1 歳、Range : 31-64)、対象者全員が男性であった。家族のインタビュー当時の平均年齢は 43.6 歳 (SD : 9.7 歳、33-64) であり、対象者全員がギャンブラーの妻であった。ギャンブラー本人の最終学歴は大学卒業が 7 名 (87.5%)、専門学校卒業が 1 名 (12.5%) であり、全対象者が職業を有していた。その内訳をみると、会社員・会社経営 (ギャンブルに関連するもの) が 3 名 (37.5%)、会社員 (営業職) が 2 名 (25%)、教師が 3 名 (37.5%) である。また、家族の職業はパート・主婦がそれぞれ 2 名 (各 25%)、会社員・カウンセラー・介護職・教師がそれぞれ 1 名 (各 12.5%) であった。ギャンブラー本人が回答した SOGS の平均得点は 15.6 点 (SD : 2.7 点)、家族が回答した SOGS の平均得点は 16.5 点 (SD : 1.8 点) であり、家族から見た SOGS 得点がギャンブラー本人の回答より高い得点であった。また、ギャンブラー本人が初めてギャンブルをした平均年齢は 16 歳 (SD : 5.3 歳) であった。

既往歴のうち、特にアディクションと関連するものを示す (Table 3-2)。既往のあるもの、傾向のあるものについて、本人には自身を振り返り、家族には家族から本人を見るとどうか、という観点か

ら回答を得た。本人から既往ありの回答があったものは鬱、アルコール、インターネット、女性であり、各疾患、各 1 名が該当した。一方、家族から既往ありの回答があったものは女性のみであった。また、傾向ありの回答を見ると、本人からはアルコールが 3 名、買い物、借金、過食が各 1 名であり、家族からは鬱、アルコールが各 3 名、買い物、タバコ、気分障害が各 1 名であり、本人の認識と家族から見たギャンブラー本人に対する認識に違いがみられた。

また、週に 1 回以上経験していたギャンブルの種類を見ると、経験した人数が最も多かったのがパチンコで 7 人 (87.5%)、次いでスロット・ポーカーマシーンが 5 人 (62.5%)、賭け麻雀・賭け将棋が 4 人 (50.0%) の順であった。また、これまでに 1 度以上経験したことのあるギャンブルの種類は賭け麻雀・賭け将棋、競馬、ナンバーズ・宝くじ・サッカーくじ等、スポーツ賭博、サイコロ賭博、賭けゴルフ・ビリヤード・ダーツ等が各 3 名(37.5%)であった。本調査では、Table3-3 に示した全てのギャンブルを経験したことがあると回答した者が 1 名いた。

ギャンブラー本人の①消費者金融（以下、サラ金とする）利用、②医療機関受診の有無、③SHG 参加の有無、④依存症回復施設入所の有無、及び、初めてギャンブルをしてから①～④に至る年数を Figure3-4 に示す。

対象者全員がサラ金を利用していた。また、医療機関への受診経験のある者が 5 名 (6.3%)、SHG に参加経験のある者は 8 名 (100%)、依存症回復施設入所経験のある者は 4 名 (50%) であった。

初めてギャンブルをしてからの各期間を見ると、サラ金を利用するまでの平均期間は 11.0 年 (±8.6 年) であった。また、医療機関を受診するまでの平均期間は 18.4 年 (SD : 12.4 年)、SHG に参加するまでの平均期間は 20.0 年 (SD : 9.2 年)、施設に入所するまでの平均期間は 22.8 年 (SD : 5.6 年) であった。

医療機関、もしくは SHG の情報については、ギャンブラー本人は家族・親戚から得たと回答した者が 7 名と最も多く、次いでインターネットが 5 名、書籍・雑誌が 3 名であり、家族・親戚から情報を得た後、インターネットや書籍・雑誌でその情報を確認するという順で情報を得ていた。一方、家族はインターネットが 6 名、書籍・雑誌が 3 名であり、これらの手段で情報を得た後、クリニックや保健所、依存症セミナーに行き、病的ギャンブリングや SHG の詳細な情報を得ていた (Table3-5)。

4.3.2 分析結果

分析の結果、最終的にギャンブル問題に関する認識を表す 10 カテゴリーが抽出された。そのうち、ギャンブル問題に関する認識の変化には 6 つのステップがあり、《ギャンブルの効果を体験する》、《お金をやりくりしながらギャンブルを楽しむ》、《ギャンブルへの動機づけが強化される》、《金銭の入手経路を多様化する》、《病気という認識がなく、借金・返済の自転車操業に陥る》、《追い込まれ、治療や施設に結びつく》というプロセスを経ることが明らかとなった。このプロセスを説明するために、まず全体の要約であるストーリーラインを示し、その概念の説明をしていく。

4.3.2.1 ストーリーライン

4.3.2.1.1 ギャンブラー本人のストーリーライン

幼少期に、親が期待する自分を演じようとして自分の意思を抑制する体験、歳の離れた兄妹がギャンブルをすることへの憧れを持つ、家族のギャンブルをする等、ギャンブルへの親和性が生じる。友達をはじめとした周囲の人もギャンブルをする<ことで、「これなら(自分にも)できる」という好奇心や、「あの人がしているなら大丈夫」という安心感からギャンブルを始める。初めはギャンブルをす

ることで金銭を獲得する、ゲームの様な楽しみを味わうといった正の効果を得られるため、その効果を期待するとともに、アルバイトをしたり、周囲の人からお金を借りたり、キャッシングをしたりするなどして《お金をやりくりしながらギャンブルを楽しむ》。この頃はギャンブルをする時間や機会をコントロールできる一方、勝った時の高揚感や達成感が快感となり、それを求めてギャンブルにのめり込み、やがて自身でやりくりできる金額を超えた多額の借金をし始める。借金をすることでギャンブルをするのに必要な資金を工面できる状況が作られるとともに、この経験がサラ金への抵抗感を弱め、やがてサラ金から融資した金に対して自分の貯金のような感覚をもつようになる。資金が確保され、ギャンブルに費やす機会や時間が増えるほど負けが込むようになる。負けることに伴いギャンブルに注ぎ込む金額が増え、さらに借金が膨らんでいく。借金返済の手段として他の金融業者から借入れをしてギャンブルをする。当事者は膨らむ借金や、経験年数を重ねて役割を担うことで生じる仕事上のストレス等の＜受け入れがたい現実から逃れる＞手段としてギャンブルすることで、より、ギャンブルへの動機づけは強化され、やがてギャンブルすることがつらい現実から逃れるための手段として正当化される。当事者によっては現実から逃れる手段にアルコールが加わる。当事者は利息のみの返済でギャンブルの資金源が確保されることにも気づき、利息返済のみが意識されるようになる。利息さえ返していればお金が借りられる、利息を返せる間はギャンブルが続けられるという意識を持ち、ギャンブルができていて受け入れがたい現実からも逃れられるため安心感を得る一方、返済期限が近づくと、新たな受け入れがたい現実である借金返済の必要性に直面する。当事者にとってギャンブルは、この現実からも逃れるための手段となり、ギャンブルができなくなることを最大限回避すべく、寝食を惜しみ仕事もやりくりしてギャンブルのための時間を捻出し、利息返済のために金を得ようとギャンブルし続ける。この頃にはサラ金 1 社の利息返済のため複数のサラ金から融資し、返済に充てる自転車操業の状態になっており、既に当事者自身で返済不能な状況にある。それまで当事者はギャンブル自体やサラ金からの多額の借金について、家族にはうまく繕い隠し通しているが、借金の事実を隠すことに意識が向かないほど追い込まれることで隠しきれなくなり不意に家族に発覚する。家族は当初、貯金を充てる、あるいは当事者の両親に返済を求める等して借金を返済するが、当事者は借金から解放されるとこれまでの苦しみがなかったかのように再びギャンブルを始め、借金を繰り返す。この間 家族は借金の原因や回復施設、SHG について調べるなど解決策を探り始め、当事者の尻拭いに手を貸さなくなる。家族からの尻拭いや自己資金もなくギャンブルができなくなる中、度重なるサラ金業者の督促などから心身のバランスを崩し、仕事も休みがちになるなど当事者の社会生活は破綻をきたし、どうにもならなくなる底付状態に達した中で、当事者自身が回復施設や SHG に辿りつく。

4.3.2.1.2 ギャンブラー本人と家族の認識に関するストーリーライン

ギャンブラー本人は妻に出会う以前からギャンブルを始めている。妻は付き合い始めた当初、ギャンブラー本人とギャンブルを始めたきっかけについて語り合うことはなかった。そのため、この事実はギャンブラー本人が SHG や施設に繋がり、回復の道を歩み始めてからギャンブラー本人から妻に語られることとなる。

交際を開始した当時、ギャンブルをしていることを妻（あるいは彼女）に伝えている場合とそうでない場合がある。また、ギャンブルを一緒に楽しむ妻（あるいは彼女）もいるが、ギャンブル場の環境に不快感を覚えた妻（あるいは彼女）は「ギャンブルはしないでほしい」というメッセージを送ることで夫（あるいは彼）はギャンブルすることを後ろめたいと思うようになり、隠れてギャンブルを

するようになる。隠れてギャンブルをしているため、ギャンブルをしていることは人に言えない状態となる。その他にも仕事や家庭で過剰なストレスがかかることで気分転換を欲するようになり、現実を忘れるための方策としてギャンブルに逃避していく。ギャンブルをしているという人に言えない事実や、日常生活の中で生じる過剰なストレスはギャンブルをするための理由となり、その理由があるがゆえにギャンブルをすることが正当化される。一方、妻は夫がギャンブルに逃避している事実を知らず、また、家庭生活の中で夫がストレスを感じているとは思ってもよらない。夫婦間での関わりに希薄さを感じ、夫の優しさを感じられず、その状況を何とか修復しようとし手を尽くす。修復するための方法は要求という手段が選択されるが夫はその要求に不服を感じ、家庭内では喧嘩が絶えない状況となる。夫にとって家庭内は安らげる場ではなくなり、自らが安らげる唯一の場がギャンブル場であると認識し、ギャンブル場に身を置くことが選択される。

生活するための収入を得ることができない場合や、仕事が忙しいために自由な時間の確保が難しい場合はそれらの制約によりギャンブルをするためのお金や時間をコントロールできることもある。しかし、元々持ち得ている特徴としてあればあるだけお金を使う傾向があるため、コントロールできる時期は限られており、ギャンブルのための資金を確保するために金融業者から借り入れをするようになる。ギャンブラー本人は妻にその事実を告げることはなく、水面下でギャンブルをし、借金を膨らませていく。他方、妻も夫がギャンブルをしているとは考えず、また、子育てに集中している時期とも重なり意図せぬところで夫に意識が向かない状況がつくられる。妻はいつも帰りが遅く、子育て等家庭内の協力が得られない夫に対しての不満が高まり、さらに要求を重ねることで結果的に夫を追い詰めていく。追い詰められることはギャンブルの理由となり、ギャンブラー本人はさらにギャンブルにのめり込んでいく。このやり取りの中で、妻は夫の言葉につじつまが合わないという違和感を抱きつつも違和感の原因となっていることを探求することはせず、夫の言葉を信じる。ギャンブラー本人は妻と、今日は早く帰宅する等の約束をするものの、その約束は果たされずに妻はいつも裏切られるということを繰り返す。妻は夫がギャンブルによる借金に追い詰められていることを知らず（知らされず）、不消化な感情を抱え、家庭の在り方を考える。そのような中、不意に借金が発覚する。妻は、予期せぬ多額の借金発覚に衝撃を受け、その受け入れ難い事実を打ち消すために一括で返済をする（あるいは夫の両親に返済を求める）。

妻は借金という衝撃的な事柄は「2度目はないだろう」と思うものの、その望みは打ち砕かれることとなる。返済したはずの借金が再度発覚することで妻は耐えられない衝撃を与えられることとなり、もう二度と借金という受け入れ難い事実遭遇することは無いように夫を教育する。夫への教育を繰り返す中で妻は、常にイライラした状態となる。そのため、家庭内は日常的に緊張状態となり、その状況に置かれた子供は親の機嫌を伺うようになる。子どもはこのような状況にさらされ続けるため、成長とともに親の言動を模倣するようになる。

緊張状態にある家庭から逃れようとし、ギャンブラー本人はギャンブルへと逃避していく。このことでさらに借金を膨らませていく。ギャンブラー本人は「借金を止めたい」、借金をする自分は「生き方がおかしい」と思いつつも、自分はギャンブル依存症という病気かもしれないという考えには至らない。また、妻は、夫が借金を繰り返すことに疑念を抱きつつも、自分の夫は大丈夫、病気であるはずがないという思いを持ち続けたいために、その疑念を意識から払い去ろうとする。しかし、意識を払い去ってもなお、おかしいという思いは消えず、インターネットや本等を用いて原因を探ることで、SHGの情報を得ることとなる。現状を変える術を求めてSHGに繋がる中で、自分にも問題があるらしいということを知る。妻がSHGに繋がり、借金を繰り返すギャンブラー本人と自分を切り離して

考えるようになる中、ギャンブラー本人の依存症は進行していく。ギャンブラー本人は病的ギャンブルの進行とともにさらに借金を膨らませていくことで精神的に追い込まれ、会社や家庭に身を置くことすら辛く、精一杯の状況になる。ギャンブラー本人はこのような状況になり初めて自身ではどうしようもない状況であることを身に染みて感じるようになり、妻に助けを求める。妻はここまで夫は病気と思いつつも心の中では自分（妻）の力で回復するのではないかと思いついて描いていたが、夫の病気を自分（妻）がコントロールすることはできないということを実感する。ここで、妻は SHG の仲間や支援者に助けを求め、周囲の力を借りることでギャンブラー本人、妻相互に回復のための一歩を踏み出していく。

4.3.2.2 ギャンブラー本人の認識に関するカテゴリー (Table3-6)

分析の結果、最終的にギャンブラー本人とその家族のギャンブルに関する認識を表す 10 カテゴリーが抽出された。そのうち、ギャンブルに関する認識の変化には 6 つのステップがあり、《ギャンブルの効果を体験する》、《お金をやりくりしながらギャンブルを楽しむ》、《ギャンブルへの動機づけが強化される》、《金銭の入手経路を多様化する》、《病気という認識がなく、借金・返済の自転車操業に陥る》、《追い込まれ、治療や施設に結びつく》である。

以下に、(1) ギャンブラー本人と家族から語られた幼少期の環境とギャンブラー本人がギャンブルを始めたきっかけ、(2) ギャンブラー本人とその家族のギャンブルに関する認識のステップを示す。

(1) 幼少期の環境とギャンブルを始めたきっかけ

①ギャンブラー本人

ギャンブルをする大人が周囲にいる等、幼少期よりギャンブルが身近にあったことで自然とギャンブルに対する抵抗が低くなる。そのため、よりギャンブルへの興味・関心を高めている。そのため、好奇心旺盛かつ、反抗的、衝動傾向の強い青年期にギャンブルへと引き寄せられていった。

ギャンブラー本人の背景には、<寂しさを感じる>、<周囲の大人はギャンブルをしない>という特徴があり、<身近にある類似体験>、<勝負事が好き>、<周囲の人もギャンブルをする>、<無いものを満たす>というきっかけからギャンブルを始めていた。

i) 幼少期の環境

<寂しさを感じる>

親の仕事が地元根付いた職業ということもあり、「悪いことはできない」という意識と親の期待に沿うよう振る舞うことで、【自分を抑える】ことの多い経験をした。また、年の離れた兄妹に対して【距離感と憧れ】を抱き、大人の中に子供の自分が一人取り残された感覚となっていた。

「悪いことは出来ないなという感じは、ずっと長男でもありますし、感じる中で自分を抑えていたという部分というのは有ったかもしれないですね(ID1)」

「パチンコとか間違いなくそうですね。兄貴がやってたところを、年離れてるんですよ。九つ離れてるんですよ、兄貴と。だからなんかすごい大人に見えたとし、格好いいなって憧れてた部分もあったんですけど、なんか大人っぽくなって。パチンコやっていたりとか、そういう大人の遊びしてるのを、ああ、すごいなって変に憧れを持って見てたから早く大人になりたいな、みたいなのは

あったのかもしれないですね。それが僕にとっては大人になるのがギャンブルっていうのがその入り口だったのかもしれないですね(ID3)」

<周囲の大人はギャンブルをしない>

家族の中でギャンブルをする者はいないながらも、「何の努力もしない」「自然任せの」釣りを「機械任せ」の「ギャンブルに近い要素」があると考えている。ギャンブルに限らず「何の努力もしないで賞賛を得たい」気持ちがあることが語られた。

「(家族の中でギャンブルをする人は) いや、いないですね。いないですよ。(～中略～) 釣りってギャンブルに近い要素を持ってたりするんですよ。だからおまえの気持ちはわかんないって、100パーセント言い切れてないと思うんですけど。本当に似てると思います。だって釣りに関しても、やっぱり何の努力もしないでも大っきいのが掛かったら、あいつすげえってなる感覚と。だから自然任せなわけじゃないですか、釣りだって。こっちは機械任せ、お店任せですけど、何の努力もしないで賞賛を得たいとかって、そういう気持ちは一緒かな、同じ仕事してるし(笑)(ID8)」

ii) ギャンブルを始めたきっかけ

<身近にある類似体験>

幼いころから【周囲の大人がギャンブルをする】ためにギャンブル場に行く機会があり、「予想」し、「当たるとお小遣いがもらえる」「遊びのような感覚」を持っていた。また、ゲームセンターのコインゲームで多くのコインを得ることで周囲から賞賛されるといった【ギャンブルに近い感覚を持つ】経験をしていたことが語られた。

「父とか、親せきのおじさんとか、母の職場の同僚みたいな人に連れられて、ボートレースとか、オートレースとか、あと競馬を見たりとか。予想したりとか。で、当たるとお小遣いもらえたりとかっていうような遊び感覚のものっていうのは、もうたぶん5歳とか、そのぐらいから始まっていたんじゃないかなあとと思います(ID6)」

「貯金みたいに、メダルを貯めておけるんですけど、そこに何千枚とかあると、ちょっと安心できるみたいな、そんなような感覚があったし。あと一緒に行ってた友達とかに、いっぱいコイン持ってるよ、凄いとて言われたりとか、そういうのでちょっとギャンブルに近いような感覚は持っていました(ID2)」

<勝負事が好き>

友人とともにギャンブルを始める。元々「勝負事がすごい好き」で「勝負事にのめり込む」傾向があった。

「まあそうですね。友達がやってたということで。自分はマーじゃん以前から、トランプにしても花札にしても、あるいは将棋とか囲碁とか、そういう勝負事がすごい好きだったっていうのがあって。そういう勝負事にのめり込む、はまりやすいついていうのはありました、根本的にそうだったというところが(ID5)」

<周囲の人もギャンブルをする>

ギャンブラー本人はかつて、親に連れられてギャンブルをした経験があった。当初持っていたゲームセンターへの関心が低下し、他の遊びを選択する中でたまたま【ギャンブルを知っていた】ことがあり、幼少期よりギャンブルが身近にあったことで自然とギャンブルに対する抵抗が低くなり、ギャンブルをすることが選択されていった。また、友達に【誘われて（ギャンブルを）始める】ことや、【仲間もしている安心感】、身近な友達はギャンブルをしない方が珍しく、【ギャンブルするのが当たり前】という環境が、ギャンブルをすることへの抵抗を低くしている。

この時期にアルバイトをしていた者は「お金が入るように」なり、親からの小遣いでやりくりしていた時期に比較すると自身の意思で自由に使うことのできる金額が増加する。これに加え、好奇心旺盛かつ、反抗的、衝動傾向の強い青年期にギャンブルへと引き寄せられていった。

「きっかけは、親がやってて、たまに連れて行ってもらってたんですよ、そんな毎週とかじゃなくて、年に一回とか。それで（ギャンブルを）知っていて。バイトを高校の時に始めて、まとまったお金が入るようになって、その時はもう、ゲームセンターの熱も冷めてて、ちょっとやってみるかなぐらいな感じですね(ID2)」

「きっかけは、初めてパチンコを打ったのは、友達と祭りに行った時に、町に小さいパチンコ屋さんがあって、そこで面白いんだよっていうので一緒に行ってやったのが最初ですね(ID4)」

「そんなとき、たまたま目に入ったのが、500円玉2枚あればできるよとかっていううたい文句で、一玉1円で貸してくれる、やらしてもらえっていう看板を目にしたときに、これならできるかなと思って。仕事仲間聞いたときにも、「俺もやってるよ」みたいな、そういう人がいたので。ああ、あの人がやってんなら大丈夫かなあと思って、軽い気持ちで入ったのが始まりですね(ID8)」

<無いものを満たす>

お金に関する「抑圧された気持ち」を抱える中、周りの人からギャンブルをすると「いとも簡単に（お金が）手に入る」という言葉をかけられ、【不満への対策】としてギャンブルに引きつけられる。同様に、自己評価を下げるような感覚を持ち、【深層と引け目】から解放される手段としてギャンブルを用いるようになる。ギャンブルをするとその世界に熱中できる、高揚感を得られる等、現実とは違う世界を体験することができる。そのため、【孤独を埋める】手段として選択され、熱中していく。

「その周りの人が、いとも簡単に手に入るみたいな感じでいうのに、凄く、魅かれちゃったみたいで。凄く、僕自身が、抑圧された気持ちが強かったんで、あとあと間違いだったっていうことに気付いたんですけど。おこずかいをまともにもらえないって、凄く思ってたんですけど、そういう不満が凄く強くて。（～中略～）文句も言われずに手に入るんだったらいいなという気持ちだったと思います(ID4)」

「ギャンブルをやりだしたのも、やっぱり無理して進学校に進んだんですよ。中三の頃は勉強して、進学校といっても偏差値60くらいの学校なんですけど、そこに行って。行ったのはいいんですけど、やっぱり勉強ついていけないし。都内の学校だったので、皆、なんかちょっとオシャレで都会ナイズしてて、なんか俺、違うなって思ってた。周りの人から。（～中略～）周りの人に、凄くって評価をもらわないと駄目(ID2)」

「女性に縁がないっていうのも、またマージャンにのめり込んだ一つのあれもあったと思います。

多くのギャンブラーは、そういうことを言いますね。孤独な人はギャンブルに行く感じですね (ID5)」

②家族から見た、ギャンブラー本人の背景

i) 幼少期の環境

<寂しさを感じる>

単身赴任で家族とのかかわりの少ない父親を持ち、家族間のコミュニケーション、所謂「家族団らん」がみられない【ドライな家族】といった印象を持っていた。

「主人はね、私の知る範囲ですけど、お父さんが（～中略～）一流企業ですよ。に、勤めててやっぱり今思えば仕事依存なので、仕事が良く出来る人だったんです。なので、単身赴任であちこちに転勤になってるんですね。（～中略～）土日だけ帰ってくるみたいなそんな感じで。（～中略～）で、お父さんもこう家族団らんみたいなのはなくて、ご飯食べたらずで寝ちゃうみたいな人なんです。孫来てても何しても (ID2-F)」

ii) ギャンブラー本人への印象

<自分自身を苦しめる>

家族（妻）はギャンブラー本人（夫）のことを【まじめな性格】であり、【穏やかなタイプ】と捉えている。ギャンブラー本人は「真面目」で「穏やか」な性格であり、「真面目過ぎる」ゆえに自分自身を追い込み、「気が弱い」ゆえに他者に話した後の結果を想像して打ち明けられない。ギャンブラー本人は自身を追い込み、事実を一人で抱え込み、結果的に家族が「騙される」状況となっていた。

「そこまでって、なんか逆に。基本的に真面目なんだと思います、やっぱり。基本的に真面目だから、真面目過ぎちゃってというか、本人自身も苦しかったりするんだらうなって、今、思うから (ID5-F)」

「気が弱いからよけいに騙さなくちゃいられなかったのかなって感じます (ID6-F)」

iii) ギャンブルを始めたきっかけ

<周囲の大人がギャンブルをする>

周囲の大人、特にギャンブラー本人の父親がギャンブルをしている家庭で生育した。このことでギャンブルに対する「敷居」が下がり、ギャンブルに対する親和性を高めている。

「そうですね。で、父親、なんか前に、父親さんがやっぱりパチンコをやる方だったので、敷居は低かったってことは、まあ、夫の口から聞きました (ID7-F)」

<身近にある類似体験>

幼少期に家族に連れられてギャンブル場に足を踏み入れた経験を持つ。この時、ギャンブラー本人もギャンブルを体験し、その時に見た「キラキラとしたパチンコ台」が脳裏に焼き付き、その後も【忘れられない感覚を追う】ようにギャンブルに吸い寄せられていった。

「その前に子供の時に親と一緒に小学校の前ぐらいの時にパチンコ屋さんに行って玉を拾って、トンっと入れてちょこちょこんて昔はやるというので。それをやったのが、キラキラしたパチンコ台が忘れられなくて (ID6-F)」

<周囲の人もギャンブルをする>

思春期にギャンブルをすることに対して関心を持ち、ギャンブルをすることに対して「かっこいい」と捉える。これに加え、身近な友人もギャンブルをしており、ギャンブルに【誘われて始める】。また、友人関係を維持するために【付き合いで始める】場合もある。いずれにしても、ギャンブルをすることに対して興味・関心があることから、自然とギャンブルを開始するに至っている。

「周りの人もパチンコするのも付き合いというか、かっこいいみたいな感じもあって高校生の時にやってて(ID6-F)」

「はい。その友達から教わったっていうのが、初めてのきっかけですね(ID8-F)」

(2) ギャンブラー本人のステップ

ステップ1 《ギャンブルの効果を体験する》

劣等感、不安などがある中で、ギャンブルをし、勝つことで優越感を持ち、自分の気持ちを満たしていた。また、仕事でも自分の力を示して周囲の人に認められようとする中で、ギャンブルすることを認めさせようとしていた。ここでは、ギャンブルが習慣化する以前に、ギャンブルをすることで思わぬ効果を得ることができ、それによる高揚感を得ていた段階を示している。

①<ギャンブルが力を与える>

「自己評価がもともと低い」者がギャンブルをし、ギャンブルに勝つことで周囲から「凄い」とたたえられる。さらに、攻略しようという考えから当たるタイミングを分析したことで、「自分の力でお金が手に入る」経験をする。知識と技術を駆使してお金を得られる、つまりギャンブルを攻略することは、「ポカッと空いた(心の)穴を埋める」ことのできる「力」ととらえる。この、周囲からたたえられた経験と、お金を得ることができた経験が快感となり、自己評価を高める手段としてギャンブルを行っていた。

「パチンコってそんなに努力しなくても、あいつすごいなって思われるような状況があるんですよね。こう、いっぱい玉を積んでたら、うわあ、あいつすごいって。何も努力もしないのに、そういうふうに言われるのがやっぱりうれしい、快感なんですよね。基本、ギャンブラーは、あいつすごいなって、さすがだねえ、みたいなふうに言われたいですよね。自己評価がもともと低いので、何だかわかんないけど、わあ、すごいね(拍手)って言われたいほうなんです(ID8)」

「自分がよくポカッと空いた穴を埋めるために、自分が自分のこの知識と、それから技術とか、技術っていうのはタイミング良く押すだけなんですけど、そういったもので、まさに自分の力でお金が手に入るっていう感覚だったので。僕にとっては本当に力だったんですよね(ID4)」

②<ギャンブルする機会を保持する>

ギャンブルする機会を得るために仕事に打ち込んだ。そして、他者よりも熱心に仕事をし、「自分の

力がこんだけすごいんだって」周囲に納得させることで、自由に使える時間を確保しようとしていた。

「だから、やっぱりいろんな人の助けを借りましたけど、でも実際は、そのときは自分の力がこんだけすごいんだって、出したかったんですよ。だから認めろよっていう。休むこともいいじゃねえかって。職場にいるときは、もう異常なまでに仕事をしました(ID8)」

ステップ2 《お金をやりくりしながらギャンブルを楽しむ》

ギャンブルにより「勝負のスリルを味わう」。そして、ギャンブルの楽しさを覚え、はまり、「ギャンブルを優先する」ようになる。元々「ルーズな金銭感覚」の者は、あればあるだけお金をギャンブルにつき込む。そのため、「ギャンブルのための資金を捻出する」ためにバイトをしたり、学生ローンを使用したりするようになる。

ここでは、ギャンブルが習慣化し、無理のない金銭の使用範囲を超えるようになるものの、返済可能な範囲でやりくりし、ギャンブルを楽しむことができていた段階を示す。

①<ギャンブルを覚える>

仲間との「遊び」の延長線上にギャンブルがある。ギャンブルを覚えた頃にはのめり込むという感覚というよりは遊びの一つとして楽しんでいた。

「高校の仲間内ですね。男子校だったのでそんなような遊びをやる仲間と一緒にいたんですけども。高校の頃は本当に遊び程度で。マージャンと競馬と、とかってやって。ずっとマージャンが多かったですかね。友達同士でやるのでね。誰かの家に行ってマージャンをやったり、(~中略~) そんなのは遊びなんですけど、本格的にやり始めるっていうのは、多分、部活やってたんですけど、高校の時はね(ID3)」

「授業はほとんど出ませんでした。私は昼間ではなく夜間の大学に行っていましたね。昼間はバイトをしてましたから。だからそこでもいろんな悪い…、悪いっていう言い方がどうか分からないけど、仲間がたくさんできて、麻雀もやったり。パチンコはあんまりやらなかったです。ほとんど麻雀でしたね(ID7)」

②<勝負のスリルを味わう>

勝つか負けるかの局面から、勝利の「興奮」と「スーッと解放されるような」開放感の【快感にはまる】。これに加えて【勝ってお金を得る】ことができるため、両方を求めてギャンブルに挑んでいた。

「あとは、勝ったときの興奮みたいなのを味わうためかなって思うんですけど、何十回に1回しかそいうのは私は味わえないんですけども、その1回の、何十回に1回かな、楽しみつつうか、快樂にはまっちゃったかなって思いますね(ID6)」

「負けるか、土壇場まで追いつめられて逆転するとかっていうのが、好きだったんですよ、やっぱり。ハラハラドキドキ感。スーッと解放されるような気持ちというんですかね。それを乗り切った時とか、成功した時とかっていうのを(ID1)」

「面白くないというか、僕からするともう、バイト感覚というか、やっぱり金を稼ぎに行ってるみ

たいな感じなんですよね(ID3)」

③<ギャンブルすることが優先される>

ギャンブルに楽しみを感じ、ギャンブルをする時間を捻出しようとした。その結果、【学業よりもギャンブルを優先】で授業を欠席したり、【恋人よりもギャンブルを優先】する結果、待ち合わせ時間間に合わない状況が生じたり、これまで打ち込んできた部活を辞める等【大事なものを辞める】こととなり、物事への取り組みや他者との関係性に対する優先順位が変容していった。

「当時は、高校二年の時に始めた時に、朝一で行くと、すぐ7が揃うようになってる台が、五台に一台くらいセットされてて、当時。それを取りに行ってた、学校を休んだりして、朝、並んでね(ID2)」

「友達と、パチンコだけじゃないんですけど、いろいろ遊んでたのは、もちろん。(友達と遊んだろ、パチンコしてるいる) ほうが好きで、彼女よりもパチンコなり、友達との時間を優先はしてましたね、そういえば(ID1)」

「わりと僕にとってはラグビー部が大事なものだっんですけど、もうそれ以上にギャンブルの方が強くなってしまっていたので。そういう決断を、せざるを得なかったんですけど(ID5)」

④<ルーズな金銭感覚>

お金を貰った翌日にはそのお金を使い切ってしまうというように、ギャンブルを始める以前から【あるだけ使う】傾向を持つ。また、所持金が不足すると、友人と【お金の貸し借りをする】、あるいは親に【嘘をついてお金を貰う】等、日常的に不足しているお金を補うための算段をとっていた。

「やっぱり、その時からちょっとおかしいなとは思ってたんですけど、こずかいとか、その時はお年玉とかもあって、それも全部っていいぐらい、お年玉二万円とかもらって、正月にね。1月1日に、例えばもらったとして、次の日に全部、使っちゃうとか、ゲームセンターのコインゲームで(ID2)」

「ただ少なくともその頃からでも、お金を借りるという行為に関しては、なんの罪悪感もなく、そんな感じでは、何の借りるものの罪の意識というのもあまりなかったですね、逆にいうと。例えば一緒に行くじゃないですか、例えば二人で行くとして、無制限に持ってるわけではないので、例えば無くなって、友達はまだ持っていて、ちょっと5千円貸してとかってというのは、普通になんかの罪悪感もなく人のお金を借りるというのは、なにも。それも特に返さないでということではなくて、バイト入ったら返すねと(ID1)」

「お金を親から盗んでとか、例えばちょっと嘘をついて、ちょっと学費が必要なんで5万頂戴とかって、そういう嘘は、言われれば嘘はついてたかもしれないですけど (ID1)」

⑤<ギャンブルするための資金を捻出する>

ギャンブルをするための軍資金として【バイトでお金を得る】。また、周囲の人から情報を得て【カードをつくる】。「軽いノリ」で学生ローン等の【消費者金融から借りる】ことで簡単にお金を手に入れることを知り、「自分の隠し口座」のようにお金を使うようになる。さらに、社会人になることでサラ金からの融資額が拡大する。このように、お金を得るための経路が多様になっていった。

「だいたい私は、春休み、夏休み、冬休みっていう間は、自分の父親の経営している会社でアルバイトをやって、そのバイト代なんかも、結局は全部マージャンで消えてったっていう感じですね(ID4)」

「結構、周りがカードを作った云々って話を聞いて、丸井の話を聞いて、それだったら俺も作れるかもしれないっていうので、丸井のカードを最初に作りました(ID5)」

「ほんとに軽い乗りで借金するような感覚、そこが業者から借りるって初めてだったんですけど、こんな簡単に借りられるんだみたい。じゃ、別にギャンブルで金がなくなっても、借りればいいじゃんみたい。こんなすぐ貸してくれるんだったらみたい感覚は覚えちゃいましたよね、そこで(ID6)」

「それが消費者金融関係との出会い。そんな感じです。18歳から20歳までですね。学生ローンに出会っちゃった。なんか自分の隠し口座みたいな感じで使ってたって(ID2)」

ステップ3 《ギャンブルへの動機づけが強化される》

元々ギャンブルへの関心が高く、楽をしてお金を稼ぎたい、あるいはギャンブルの他にやりたいことが見つからないという傾向のある者は、《ギャンブルに魅了され、仕事とする》。ギャンブル関連の仕事では、ギャンブルをする時間を捻出せずともいつでもギャンブルをすることができる状況が作られる。この場合、ギャンブルの事を知れば知るほど自分自身の評価が上がるため、ギャンブルへの関心がより高まり、ギャンブルの為に費やす時間が長くなっていく。

また、人に言えない事実や過剰なストレスはギャンブルをするための理由となり、ギャンブルをすることが正当化される。

他方、仕事が忙しくて「ギャンブルする時間もない」、「収入がない」、借金しないことが恋人との交際の条件等の場合、結果的にギャンブルする機会を抑えることとなっている者もいる。また、ギャンブルの種類によってもめり込むものとそうでないものがある。この様に、コントロールを要する条件がある場合、あるいは<ギャンブルする条件が整わない>場合は自己の意思でギャンブルをするという行為を《コントロールできる》段階がある。

ここでは、ギャンブルをするための理由となる状況に直面し、その理由に対応するためには必要なことであると自分自身を納得させてギャンブルに向かうものの、何らかの制限が加わると、自己の意思でギャンブルをするという行為をコントロールできることを示す。

①<ギャンブルに浸る>

「ゲームセンターの延長くらいに考えていた」ギャンブル場に足を踏み入れ、「真剣」にお金のやり取りをしている場面に直面し、「感動」を覚える。その「感動」から自分もその場に身を置くようになり、ギャンブルをするか、寝るかというような、ギャンブル中心の生活になっていった。

「基本もう、カジノにいるか、よそのところでギャンブルやってるか、もう寝るかぐらいの生活ですから(ID3)」

②<好奇心が勝る>

元々ギャンブルに関心がある場合、「好き」が高じて攻略したいと考えるようになる。ギャンブル場

の「裏側が見たい」という好奇心は職業の選択にも影響し、ギャンブル関連の仕事に就くことを選択していた。

「パチスロの攻略ライターとかやりたいなと思って(ID2)」

「パチンコを好きでやってたから、その裏側が見たかったりとか、そういうことだったので、全国で展開をしているようなところに入社をしまして、今でもそこに勤めています(ID1)」

③<逃れたい現実がある>

「人の口車に乗せられ」借金を負い、【隠したい事実に直面する】。また、社会生活の中での「嫌なこととか、くやしいこととか、どうしたらいいんだろうとかっていう」ネガティブな感情も、ギャンブル場という異空間に身を置き、ギャンブルに集中することで忘れることができた。

「だから、借金を返すためって言い訳ができてるから、もう何がなんでもやろうっていう。(～中略～)それは、やっぱり秘密にしたかったんですよね。白状しちゃえば楽だとは思ったんですけど、そこで何が起こるかわかんない(ID8)」

「今の、例えば嫌なこととか、くやしいこととか、どうしたらいいんだろうとかっていう気持ちを忘れられるっていうんですかね。一つの台に集中できる。嫌なことを忘れられるということですかね、イライラすることが(ID1)」

「それこそ、そういうものを全部あそこのホールに、パチンコ屋に入れば忘れられるんで。気持ち良さのなかで、ピカピカしてる中とか。打ってる人たちが、必死になって打ってる顔とか(ID1)」

これに加え、アルコールによる高揚感や酩酊状態を得ることで、受け入れ難い現実から逃げようとする者もいる。逃れたい現実やアルコール使用するための理由となり、アディクション行動をとることを正当化していた。

「それと、そういうことも経験しながら、やはり営業やってましたからね、途中で抜け出すとか、時間をうまく使ってギャンブルをすとかね。あの頃はだんだんお酒の量も増えてきましてね、朝、営業で出かけるときに、頭の中で計画を立てるんですね。今日はあそこのお客さん(の所へ)行くから、帰りはあのコンビニ寄って缶ビール3本買って、飲みながら帰ってこようとかね、今日はあそこの〇〇のお客さんへ行くから帰りはやっぱあそこのそばでパチンコやって帰ろうとかね、要はその計画を立てるんですよ(ID7)」

「ただ家の中にいても、僕は苦しいばかりだったので。お酒もドンドン酷くなっていくばかりでしたし、疲れきってましたよね(ID4)」

④<役割を担うことで変わる>

社会的役割を担うような年齢になると、職場や家庭等で結果を求められるようになる。求められる結果を出そうと試行錯誤するものの、その努力に反するように「職場でも家でも一生懸命やってるのに文句言われたり」し、気持ちのやり場を失い「耐えられなく」なる。これはギャンブル関連の仕事に就いた者も同様であり、ギャンブルが「仕事の一環として調査」となり、「面白さというよりも仕事の中の」ギャンブルへと変化していった。

「なんでパチンコをもっともっと良く知って、例えば競合店、他の周りの店がどういう営業をしているのかっていうのを、自分で見に行ったりする機会も、ほんとは今までは楽しいはずのパチンコが、今は仕事の延長線上として、仕事の一環として調査するとか、そういうのに変わってはってます。最後には、楽しく皆とやっていたパチンコの、大学生の時の面白さというよりも、仕事の中のパチンコという形にはなっていましたね(ID1)」

「何でそんないっぱい働くんだとか、職場でも文句言われ、家でも一生懸命やってるのに文句言われたりとか、もう心のやり場がないっていうか。自分の頑張りも認めてくれないし、何かこう、やってもやっても無駄の積み重ねみたいな。そういうのに耐えられなくなっちゃって、(ID6)」

⑤<ギャンブルするための理由がある>

ギャンブルへの欲求を満たすためにギャンブルをする機会を作ろうとし、ギャンブルすることを「正当化」する。また、金銭に関しては「借りたものは返す」という意識であり、【ギャンブルをする理由をつける】。閉店時間のない麻雀等の場合は家には帰らず【いつでもギャンブルできる所に身を置く】ようになっていく。ギャンブルの機会や時間の拡大に伴い負ける割合も増し、これまで以上に借金(負け)を返すためにギャンブルをするという理由が強化される。このように、ギャンブルをすることを「正当化」し、理由をつけてギャンブルをするというサイクルに陥っていく。

「だんだん帰らなくなるし、(～中略～)で、分かってくれないとか。というのは、自分のいいように言いわけをつけて、正当化してやりましたね。それを埋めるように、パチンコにもどんどん、どんどん(ID1)」

「そうですね、やっぱり返さないといけないっていう気持ちも凄く(あった)。借金をする人は、わりと誰もそうだと思うんですけど、借りたものは返すっていう、気持ちも凄い強かったですから、かなり苦しかったと思います。苦しかったです(ID4)」

「また雀荘は24時間営業なので、パチンコ屋みたいに11時で閉まるとか、そういうのじゃないんですよ。朝方4時とか4時半とかもできちゃうし、ひどいときは、私は家に帰らずに、要するにこの辺のカプセルホテルに泊まって、翌朝仕事に行くとか。おかねすって、カプセルホテルには泊まれないとかそういうときは、もう山手線に乗って、山手線のなかで2、3週ぐるぐる寝てから会社に行くとか、そんなことをやりましたね(ID4)」

⑥<ギャンブルできない条件がある>

意中の相手がギャンブルすることを好まない場合、ギャンブルへの欲求よりも交際したいという気持ちが勝つために相手の意に沿うような行動をとる。その結果、自身の意思でギャンブルをしない期間を作ることとなる。

「そのときは、ギャンブルをしてました、まだ。付き合うにあたって、妻からそんな状態じゃ付き合い合えないんでギャンブルやめることと、友達、やっぱりギャンブルしてるやつが多かったんで、友達ともやっぱり頻繁にお金の貸し借りとかもしてたので、そういう借金、細かい貸し借りもやめることと、あとは今やったら大変なことになっちゃうんですけど、車、飲酒運転するなど。その三つを約束っていうか、ちゃんとできないと付き合い気にはなれないっていうふうに言われて。

そんなときは、全部やめました(ID6)」

⑦<限られた時間を使う>

パチンコ店等、閉店時間がある施設の場合、物理的な制限が加わる。そのために確保ができる時間は仕事帰りに限られ、限られた時間の中でギャンブルをすることとなる。

「7時、8時くらいまでは、普通にやってて、遅い時はもう11時、12時までいくんですけど、それぐらいで終わった時は、パチンコ屋って11時くらいが閉店なので、2、3時間やるような感じでしたね。毎日、仕事が終わってれば、時間があれば行ってました(ID2)」

「仕事サボってパチンコするってことは僕は1回もないんですけど、仕事帰りに同僚とか、後輩とか、先輩とかとパチンコに行って、夜10時とか、11時に帰るっていう生活を週3～4回はしてたかな。まともに仕事だけして帰るっていうことはなかったかなって思うんですよね(ID6)」

⑧<種類により異なる>

パチンコ屋の音やタバコの臭いに満ちた環境を「うるさいし、臭い」と感じる者は、パチンコを好まない。また、パチンコ等の単独で行うギャンブルを好む者と、麻雀等の他者との勝負を好む者がいる。

「時間は使って、多少勝つにしてもそれなりの行動というか、疲れるし、環境も良くないじゃないですか。うるさいし、臭いしとかで(ID3)」

「でも私は麻雀はやったけど、麻雀でいわゆる依存症になるということはなかったですね。好きだけでも、それ以上つまらなかったですね。パチンコと違ってね。つまり相手がいるから。4人揃わないとできないもんですから。3人でもできる、やる麻雀あるんですけど、そこまではメンバーがいなきゃしょうがないな、というね。できない(ID7)」

「パチンコは1人でできるわけですね、お友達は必要ないわけですね。お友達いなくても大丈夫。俺もう1人で、パチンコ台がお友達ですから(ID7)」

さらに、競艇等はインターネットでも投票することができ、スピーディーに勝敗が決まるために「ゲーム感覚」になりやすく、かつ投票パターンの選択肢が少ないために【攻略できる】という感覚になり、「のめり込みやすい」。このように、ギャンブラーが好むギャンブルの種類は【環境が左右する】場合や【人数が左右する】場合、「ゲーム感覚」で【攻略できる】というという感覚になる場合等に左右される。

「競艇は、のめり込みやすかったですね。(～中略～) 競艇の場合はそうやって、ネットを通じてやってたというのがあって、ゲーム感覚でやっちゃってたというのがありましたね(ID2)」

「だから競艇はそれで。大学の3年だか4年だかから始めて。勝てないんですけど、でも勝てると思ってるんですよね。絶対攻略できる、みたいな(ID3)」

⑨<ギャンブルする条件が整わない>

定期的な収入が無い場合は、使用できる金額も限られる。そのため、「収入、今少ないからっていう

ような気持ち」が働き、ギャンブルで使う金額を「セーブ」する。

「収入がやっぱりなかったんで、アルバイト期間は、そんなには行かなかったですね。それははっきり覚えてます。やっぱり前の会社やめたときに、借金ずいぶん残ったし、収入、今少ないからってというような気持ちで、ちょっとセーブしたような感じ。でもまったくやめたわけではないですね(ID5)」

ステップ4 《金銭の入手経路を多様化する》

ギャンブルの時間や頻度が増すことで日常的に小遣いや給料等の収入の範囲を超えた額のお金をギャンブルにつき込むこととなる。この中で、幼いころに親から「借金とギャンブルだけはするな」と教育されてきた者はサラ金から借金をするか否かを葛藤するものの、お金が足りないという目の前の事実への対応が優先され、サラ金からの借金を開始する。また、結婚し、家庭を持った場合、自由に使える金額が制限されることがあり、簡単に借りることができるサラ金へと意識を向けることとなる。さらに、社会人になることでサラ金からの融資額が増大するため、借金の額が大きくなっていく。

このステップは、ギャンブルにより自己の収入を超える額のお金が必要となり、多額の借り入れが可能であるサラ金から借金をするようになった段階を示す。

①<お金を借りなければ賄えなくなる>

ギャンブルにつき込む金額が増大して【使用可能な範囲を超える】ようになり、常に手持ちのお金がない状態であるため急を要する出費に対応できない状況に直面する。ここで、その場を凌ぐ方策としてサラ金に思い当たる。特に、「借金とギャンブルだけはするなって、わりと小さいころから口を酸っぱくして言われていた」者にとっては借金に抵抗があり、葛藤するものの、目前にある現実が理性に勝り、サラ金から融資を受けることが選択されることとなる。

「VISA カードも限度額いっぱいになると、もう借りられなくなるので、そこで大学卒業して、会社に入って一年目の秋ですね、武富士っていう消費者金融でおかねを借りに行った。一人でマージャン行くようになったのが一戦ならば、借金するところで借りてするのが、第二戦だと思います(ID5)」

「そこで初めて、ある消費者金融の、しばらく看板を眺めながら、どうしようか迷ったんですね。借りに行こうか行くまいかっていうね。というのは昔、おふくろからはこういう話聞いてたんですよ。いわゆる今はあの頃はサラ金、消費者金融って言ってましたけど、もっと昔はね、高利貸しって言ってたんですね。高い利息で貸すという、そういう意味で高利貸し。子どもの頃に「あんたたち、高利貸しからは絶対借りちゃだめだよ」っていうものを聞いていましたけども、ただそういう場面になってくるとね、「ああこれはもうおふくろに申し訳ないな、どうしようかな、借りに行こうかな、でも借りないと出張行かれないな」という板挟みで、しばらくサラ金の看板眺めながら30分ぐらい悶々として、それでも結局借りに行くわけですね。「8万円貸してください」って。」「いいですよ」って言われるんですよ。「8万と言わず50万貸しますよ」って。で、50万借りましてね(ID7)」

②<自他の金銭の境界を感じない>

「即日発行(ID7)」で簡便にカードを作ることができるサラ金からの融資を受けると、その限度額が「自分の預金のような」感覚になる。この感覚が借金への躊躇いや認識を欠如させる。そのため、「銀行からお金をおろすのと一緒」という感覚でサラ金を使うようになる。

「そこで、今度は学生ローンじゃなくて、普通のサラ金、アコムとかプロミスとかあるじゃないですか、ああいった大手の金融から金を借りるようになって、ずっとパチスロ、パチンコ、偶に競馬みたいなことをずっとやってるとい感じですね。なんの感覚もないですね、銀行からお金を下ろすのと一緒です(ID2)」

「だんだんだんだん、要はまるで借りた 50 万が自分の預金のような感じで、カードも即日発行ですから、それで借り始めましてね(ID7)」

③<使用可能なお金の額が狭まる>

結婚し、家族を持つことで家族形態が変化する。独身の頃は自分の稼いだお金を意のままに使うことができたが、結婚し、家族を持つことで使用可能な金額に制限が加わる。そのため、結婚前と同様にギャンブルをすることでお金が不足する状態が生じ、サラ金からお金を「借りるようになった」。

「子供とかも生れてくると、どんどん自分の使うお金が狭まるわけですよ。そこで、やっぱりお金がないというのがあって、別に副業するわけも出来ませんし、というのでそれから借りるようになったのかなという感じはするんです(ID1)」

ステップ 5 <病気という認識がなく、借金・返済の自転車操業に陥る>

ここで重要となるサブカテゴリーは、<ギャンブルへの欲求が勝る>、<病気とは思わない>の 2 サブカテゴリーである。

ギャンブルの仕事に就く、周囲の人もギャンブルをする、時間が自由になるといった<ギャンブルに寛容な環境>に裏付けされ、ギャンブルをする機会や頻度が保証される。借金をしているものの、家族や職場の同僚等、周囲の人には借金の事実を伝えない、あるいはギャンブルしていること自体を伝えないため、借金やギャンブルに対する指摘を受けることはない。

<ギャンブルへの欲求が勝る>ために更にのめり込んでいき、食事や家族との時間より<ギャンブルに時間を割く>こと、<ギャンブルにお金を回す>ことが優先される。このことで借金が増大し、自分自身を追い込んでいく。しかし、<ギャンブルへの欲求が勝る>ために借金と、その原因となっているギャンブルをしている<事実を内に秘める>。借金が増大しても本人は「なんとかなる」思い、返済期限が迫ると「何とかお金を増やそう」として何よりギャンブルを優先する。そして「なんとかなる」「何とかしなければ」を繰り返しながら<借金が追い詰める>ことで精神的なゆとりが奪われ、辻褄の合わない言動をするようになっていく。それでもなお周囲に<借金をひた隠しにする>ことで<隠すことで関係がゆがむ>。さらに<借金が追い詰める>ことで借金の利子さえも返済できない状況へと追い込まれ、隠すための振る舞いにまでは意識が向かなくなることで家族に<借金が発覚する>。<借金が発覚する>時点では本人、家族共に<病気とは思わない>。家族にとってこの借金は青天の霹靂であり、受け入れ難い事実であるため、この借金を<家族が尻拭いする>、あるいは<叔母を頼

る>といった方法で借金を一掃する。

ここまで本人は借金に追い込まれ、苦しみ続けきたが、借金が発覚して<家族が尻拭いする>ことで<借金から解放される>こととなる。ここで、このくらいなら何とかなるという考えから借金の一部は家族に伝えず、借金を取り戻すという理由を付けることでギャンブルをするための<望みを残す>者もいる。一方家族は、もう二度と夫が借金をすることがないようにと携帯を持たせて連絡手段を確保する、説得しようとする等して<家族も対策を取る>。本人はこれを居心地が悪いと感じ、逃れようとしてギャンブルへ向かう。この時家族は小遣いを減らす等の対策を取っており、ギャンブルをするための資金不足となる。借金ができない状況にある本人は<家のお金を持ち出す>ことや、<職場のお金を使う>ことでギャンブルを継続していこうとするが、家族に事実が発覚することとなる。借金・返済というサイクルの期間は病気の進行に伴い短くなっていく。

さらに、自分の存在価値を求める者は異性に、ひたすら現実からの逃避を求める者はお酒を用いることで目的を果たそうとする。

ここでは、ギャンブルをして借金を膨らませていき、本人以外の他者が返済してもなおギャンブルによる借金を繰り返し、借金開始から返済不可能になる期間が短縮されていくことを示す。

①<ギャンブルに寛容な環境>

【ギャンブルの仕事】をしている場合、ギャンブルをすることは全て仕事に関連するため、職場の人々は疑問を持たない。

「パチンコ店の店長が、パチンコ屋からパチンコに行ってくるっていうのも、調整の状況を見たりとかっていうので、正当化出来ちゃうんですよね(ID1)」

「仕事としてはそんなことをしながら、当然、競艇も昼間から見られる環境にいたんですよね。なので今度は競艇場には買いに行けないので、電話投票で投票しまくって。あと仕事でたまにやっぱり競艇場行ったりもするので、そういう時はバサバサ買って、みたいな(ID3)」

また、【職場の仲間がギャンブル好き】な場合は誘い合ってギャンブルをすることとなる。

「ただ中学校の職員のなかでも、私がマーじゃんできるつつうことはもちろんわかってたから、中学校の先生方同士のマーじゃんはやりました(ID5)」

「臨採のときに学校の先生もギャンブルが好きなんですよ。パチンコ屋とか。で、誘われたりとか、そういう話題とかについてくために。教員になったらもうやらないで済むかなとも思ってたんですよ(ID6)」

さらに、営業職等、単独で外出する職種の場合は【いつでも職場を離れられる】環境にある。この環境ゆえ、出先でギャンブルをしたとしてもその事実が表面化しない場合が多い。このように、周囲の人がギャンブルをすることに疑問を抱き難い環境に身を置いている場合、ギャンブルをする機会や頻度が確保されることとなる。

「最初に会社入った時は、仕事にパチンコ屋に寄るなんて、とても考えられないと思ってたんですよ、なんて酷いやつだって思ってたんですけど、あっという間に行くようになって。ドンドン

自分の状況が悪くなるにしたがって、行かないとお金が作れないっていう感覚になっちゃうんで。暇さえあればっていうところから、時間を作って、営業に行くってっては、行くようになってしまいました(ID4)」

「うちの会社はみんな営業なもんですから、朝ね、黒板に行き先書いてるんですね。めいっぱい書いてね、今日の行き先って5ケンぐらい書いてね。出かけてって、〇〇で朝からパチンコやって、もちろんそれで帰ってね、「はい、行ってきました」つつってね。でもそれが今から思うと毎日じゃなくてね、時々スイッチ入るんですよ。ドーンつつってね。なんでかと言われても分からないんだけど。そういうことはありましたよね(ID7)」

②<事実を内に秘める>

【ギャンブルしていることを家族に隠す】者は、家族にしていなくて「嘘」をつきながらギャンブルをする。また、負けた事や借金をしていること等、自分にとって都合の悪い事実、あるいは隠したい事実は人に伝えず、自身の内にとどめていた。

「だいたい私はマージャンに行っても、マージャンやってないことになってましたから。全部そこはうそをついてるわけです。今日は仕事で遅いとか、付き合いがあるとか、打ち合わせがあるとか。そんな感じですね。多くのギャンブラーは、こうやってずっとうそをつき続けるんです。脅迫的ギャンブルの症状はうそと借金っていう、まさにそれですね(ID5)」

「否定されちゃうと凄く苦しかったので、分かったって嘘ついて、すぐやるようになって。最初はちょっとだけ守ったんですけど、すぐやるようになって、それ以降は、嘘ついて、やってないって嘘つきながらずっとやってました(ID4)」

「(ギャンブルを止めるよう言う人は) いないですね。負けたっていうことを言っていないので。勝ってるよって言ってたので。すげえなくらいに言われて(ID2)」

「私は弟がそうだっていうのは、知らないです。ただ弟が、ちょっと競艇で当たったっていう話は聞いたんですけども、だいたいギャンブルやる人は、当たったことは言うけど、外れたことはあんまり言わないので、たぶんはずれもいっぱいしたんじゃないかなと、僕は思うんですけども。むしろ「300万当たった」とか、そういうほうばかり言いたいんじゃないですか (ID5)」

「(咎める人は) いないです。少なくとも例えばそこで借金をしているとかってというのが発覚すれば勿論あれですけど。勿論、そんなのは言いませんし、分かることじゃないじゃないですか(ID1)」

③<(隠すことで) 関係がゆがむ>

借金が膨らみ返済が滞ってくると、家族に対して借金の事実を【隠すことに追われる】。また、借金に意識が捕らわれ他の事に気が回らなくなると、他者との会話に【つじつまが合わなくなる】、約束を忘れる等が生じて【仕事に影響する】ようになる。

「あとカードを作る時って、在籍確認とかしますよね。家とか会社とか、そういう電話とか入ると、まあ惚けるわけなんですけどね。なんとかさんから電話あったよ、みたいな。ああ、そう？ みたいな。いろいろ電話とか郵便物とか、そういうのすごいドキドキするんですよ。本当に、電話鳴るだけでもドキッとすると、うちの妻が郵便取りにポストに行くだけでドキッとすると、なんか来てないかなとかって。大体そういうの先回りして、ポストとかってガサガサ自

分で取ったりとか(ID3)」

「社内との関係がうまく、ようは受注貰って、それをお願いするんですけど、社内でそんなのできないって言われたりすることで、反発して苦くなったりとか。どんどんトラブルを起こすようになってったと思います。仕事のレベルが上がるにしたがって、自分の依存症の問題も、やっぱり進行してたんで (ID4)」

「いろんな理由付けができるようになってきちゃったりしてて、もう本当に訳がわからないですよ。あんどきこう言ったけど、またかぜひいてるとか、あんたん家の子は弱いね、みたいな、そんなことを思われてもしょうがないかなと思うんですけど。言われはしなかったんですけど、なんかやっぱり心配はされますよね、「大丈夫か」って。本当だったり嘘だったりするから、あれえ？と思いつつ、会話も人とうまくできなくなったりしてて。途中、面倒くさくなるんですよ。そうです。だから、やっぱり一人になりたくなってくるんですよ。嘘つくのが面倒くさいし、つじつまが合わなくなってきたのも気付いてるから、人と関わるのが面倒くさくなってきて。やっぱり打ってる時間って誰とも会話しないし、どんどん孤立していく気持ちは感じましたね(ID8)」

④<ギャンブルに時間を割く>

ギャンブルをすることへの「優先順位が上がる」と、【家族との時間を削る】ことや【休息よりギャンブルを優先する】ことでギャンブルをする時間を捻出しようとする。

「だからよく言いました。「マージャンのマの字は麻薬のマ」っていう感じで。マージャンなしでは生きていけないような感じです。本当は仕事とか家族とか、そういうのが第一優先にならなきゃいけないのに、マージャンすることが、優先順位が上がっちゃってるという。これはどう考えてもおかしいんですけども、もうそれから抜けられないんですよ(ID5)」

「1回目の借金ときは、かなり遅かったです。かみさんはそういうことをしてるって、まったく知らなかったから、いくらでも言い訳をががんしてきたんですけど(ID8)」

「仕事は仕事でやってましたね。ただ、マージャンやってなかったら、もっといいパフォーマンスができたんだろうなあとには思います、仕事。もありますし、それから、要するに夜遅くまでマージャンやるから、もう体力的にもへろへろなんです。へろへろな状態で仕事をしてるわけですよ、毎日。それで、もうその日へろへろだから帰って寝りゃあいいのに、へろへろな状態でまた雀荘に行くんですよ。負けて、翌朝へろへろな状態で、また仕事行って、ずっとそんな感じでした(ID5)」

⑤<ギャンブルにお金を回す>

ギャンブル以外の用途で使用するお金は惜しく感じ、「残しておかなきゃ」という感覚になる。そのために【食事代よりギャンブル代】と考え、食事もとらずにギャンブルをする。

「実際には、千円札じゃないと駄目なんで、例えば、吉野家の500円とか、そういうお金を残しておいたからといって、ギャンブルができるっていうわけじゃないんですけど、なんか残しておかなきゃっていう感覚が凄く僕には強くて、使えませんでしたね。そのわりには、缶コーヒーはドンドン飲むんですけどね、煙草も (ID4)」

お金の引き出し方を見ると、サラ金から借りられる額を一気に借りる者もいるが、「潜在意識(ID4)」

の中でサラ金のお金は「人のお金(ID4)」という感覚が残っている、あるいは「3万円でなんとかなるって気持ち、3万円でなんとかする(ID4)」という気持ちでギャンブルに挑む場合は【決まった額のお金を借りる】ことを繰り返していた。

「でも不思議なんですけど、例えば、10万円って枠が残ってたとして、10万円を一気に借りて、それでやるってことはしないんですよ。バカバカしいんですけど、3万円でなんとかなるって気持ち、3万円でなんとかするって思ったり、それからやっぱり多少、残ってるんでしょね、表には出てこないんですけど、人のお金だ、借りちゃいけないって気持ちからなのか、だから3万しか借りないっていうのかもしれないです。それがちょっと潜在意識なのか、分からないんですけど。だから足りなくなると、また同じ3万円を借りて、それを3回。そうです(ID4)」

⑥<ギャンブルへの欲求が勝る>

借金は「パチンコをするためのチケット」のような物であり、【なんとかなる】、「台の前において、実際に自分ができていれば大丈夫」という感覚でギャンブルをする。サラ金のお金は【自分のお金という意識】であり、「罪悪感」なく使う反面、潜在的には「借りた物は返さないといけない」という意識も共存する。普段は意識しないものの返済期限が近づくことで借金を直視せざるを得ない状況となり、借金が現実のものとして認識される。この時、【なんとかなる】から「こんなにすごいことしたんだ」という反省と、「なんとかしないといけない」という焦りに変わり、「人のお金」という気持ちが「押しつぶされる」。

「借金をしてるその時点では、そんなに何も思わないんですよ。パチンコをするためのチケットだ、ぐらいの。今日は5枚か、5枚でなんとかすっぺぐらいの感じだったんですけど、(～中略～)やっぱり返済が絡んでる時期じゃないと、お金の、何と言うんですか、こんなにすごいことしたんだって反省というか、そういう実感はない(ID8)」

「うん、負けて、やべえ返さなきゃって借りての繰り返しですよ。罪悪感はない。まあなんとかなるだろうって、なんとかならないんですけど、なんとかなるだろうって思うんですよ、不思議なもんですよね(ID2)」

「お金がまだ借りれる時は平気なんです。なんとかなるって希望が、自分の中で不思議なんですけどあるんですけど。ようはやれてれば良かったんですよ、台の前において、実際に自分ができていれば、大丈夫って感覚があったんですけど(ID4)」

「全く罪悪感なしに、ただ自分のお金だっていう感覚だったと思いますね。なんか、なんとかしないといけないって感覚が強かったので、最初の頃はもちろん持ってたんですよ、そういう感覚、人のお金だとか、借りたものは返さないといけない。それはでも、常にあったな。とにかく自分のお金ではないって感覚は、なんとかしないといけないって気持ちに押しつぶされて、ドンドンなくなっていっちゃいます(ID4)」

⑦<借金が追い詰める>

勝っていると「勝ち逃げしたい」ために早く切り上げるが、負けている時には失ったお金を取り返そうとし、【負けるとはまる】。借金を返すためには【チャンスを逃したくない】という思いに駆られ、毎日ギャンブル場に通う。借金を返す方法として【ギャンブルしか思いつかない】ためにギャンブル

に全力を注ぎ、【とにかくお金を増やそうとする】。しかし、借金のこと頭がいっぱいになり、冷静なギャンブルができないためにさらに負けが込んでいき、返済できたはずの額のお金さえも減らすことになる。このような状況になると、【出ている人が憎たらしい】ため感情的になり、さらに冷静さを失っていく。「今日こそ勝って利子を返さなきゃ」と焦りが募り、それでも勝てず、資金を得るためにサラ金業者の数を増やしていく。この様に、借金を【返すための自転車操業】となっていた。

「勝ったおかねがなくなると早く帰ろうという。勝ち逃げしたいんです。負けると、失ったおかねを取り戻したいっていうので、どっちがはまるかっつうと、やっぱり負けたときのほうがはまります(ID5)」

「その後はもう必ず。それはもう借金を返すためにみたいな感じの感覚で毎日行ってました。もう借金がたまってきて狂ってるころ。まずはもうほんとに今日こそ勝って、利子を返さなきゃとか、(ID6)」

「とにかくどうにかしてこの借金をなくそうとか、取り返そうとか。やっぱりそういうのに捉われちゃってるので。やっぱり常にチャンスを失いたくないんですよね(ID3)」

「子どももそのころはまだ3歳、4歳だし、その前のころは、まだ乳児だったですけど、そういうのを考えないですね。家で早く帰って遊んであげたいとか、自分が借金返さないとみんな不幸になっちゃうみたいな。だったら、ギャンブルすんなよって話ですけど。でも、そのギャンブルすることでしかやっぱりお金をこう、借金を返すお金を捻出する方法って思い付かなかったんで、まずは借金を返すために行くしかないって感じですよ(ID6)」

「やってないと不安は正解ですね、私は。やってないと不安ですね。やっぱりお金を返さなきゃっていう意識はいつもどっかにあって、もう百何万ってこのおかねは、(ID8)」

「もう生きた心地がしないですね。例えば、手元におかねが5万円ぐらいあって、月に返すのが合計3万円ぐらいだったとしても、2万円あるじゃないですか。だから3万円返して、2万円手元にとるときゃいいんですけど、この5万円っていうまとまりを考えると、この5万円で勝負したら出るかもしれないけども、2万で勝負したら出ないかもな、とか思うんですよ。だからこれ、返済する前に一回やっとかかって思ったりするんです(ID8)」

「表情とかはどうだったか……、やっぱり返済の1日前、2日前って休みます。仕事を休んでお金をつくんなきゃなんないとか、増やしてからのほうが安心だとか、そんなことを思いながら、休んでパチンコをしたりしてましたね (ID8)」

「負けてるときは、もう駄目ですね。ほんとに決まったやり方とかやるんですけど、でも、自分がどいた後に次座った人とかが出て、ドル箱とか積んでると、もう憎たらしいやら、どんだけ出すんだこのやろうみたいな感じでずっと見てたりとか。ほんとにパチンコ屋とか、一般の普通ずっとその台見てたりとか、一文無しになってもずっと見てたりとか、のギャンブラーの人から見ると、ほんと狂ってる感じですよ。店員にらんだりとか、防犯カメラにらんだりとか。はい。そんな感じでした。狂って、もうほんとに末期のころは(ID6)」

「このカードは何日、このカードは何日。ああ、これ2万、こっちは5万。ああどうしよう、みたいな。で、戻して、また借りてこっち入れて。もう自転車操業ですからね(ID3)」

⑧<借金をひた隠しにする>

借金の額が増大して対処できない状態になっても、とにかく【家族にばれないようにする】という意識が働く。そのため、自宅や職場に「請求書」や「電話」がきて【職場にばれないようにする】等気を配る。このように「大切な居場所」を死守しようとしていた。

「とはいうもののね。姉がいましたから、だんだんおかしいと気がつくんですね(笑)。年末になると必ずむしりにくると、いうことから。まだサラ金から借りてるっていう話、あるいは「実は借りてるんだよ」なんて話さないですから、ばれちゃいかんという一心でしたからね(ID7)」

「今まで隠し通してきた、何回もピンチっていうか、ばれそうになっちゃうようなことってあったと思うんですよね。例えば臭いもパチンコ屋へ行けば臭いもそうですし、あとは請求書が来ちゃったりとか、電話が自宅とか実家にいっちゃうようなことは避けてましたけど、でも、返済がやばいっていうときは何回も毎月のようにあったんで、そういうときはそわそわしてたんじゃないかなと思うんですけど、(ID6)」

「店長という座も奪われてしまう、大切な居場所、なりますよね。返済の日って近づくじゃないですか。返済の日が近づくたびに、また借りたりとかして、増やして返そうっていうふうになんたんなってくるんですよ。そうすると、これ返せなきゃバレるとか、督促の電話がかかってきちゃうとか(ID1)」

⑨<離れたいのに離れられない>

「喧嘩が続いたり」「要求がきつくなる」と苦しくなり、パートナーと別れようという思いが湧ものの関係を継続し、「自分が気持ちがいい場所」を求めてギャンブルに向かっていった。

「(彼女と別れようと)思いましたね。関係が、喧嘩が続いたり、いろいろ要求がきつくなってくると、やっぱりめんどくさくってしまうので、自分が気持ちいい場所っていうのは、台の前にいる時だけっていう感覚にやっぱりなっちゃって。やっぱり苦しいから、離れたいって思うことは多かったです。(それでも付き合い続ける)そうですね、不思議なもんですけど(ID4)」

⑩<借金が発覚する>

借金が増大し、利子さえも返済できない状況に追い込まれると、家族が本人の【様子がおかしい】という印象を受けるようになる。これまで本人は借金を隠すために「細心の注意を払って」いたが、そこまで【気が回らなくなる】。この結果、サラ金の【カードが見つかる】、あるいは【取り立ての電話が来る】等で家族に借金が発覚することとなる。

「妻が言うにはおかしかったって言ってますね。様子がおかしいし、それまでも普通に仕事で遅くなるってことがあったと思うんですけど、それとは何か違う感じを受けてたんじゃないですかね(ID6)」

「僕はコソコソやってるから、カードとかそういうのを全部分からないように管理してやってたん

ですけど、もうどうにもならなくなってくると、そこまで気がいなくなるというか。なんかサインを出してるのか分からないですけど、なんか見つかったらうんですよ。なんかまともな思考ができなくなるんでしょうね。行動にも出るんですよ、だからね。それまでは細心の注意を払って、どうにか見つからないようにやってものが、なんかずさんになってくるんですよ(ID3)」「その次の第三回目の時、250万までいかないで150万くらいの段階で、嫁さんが見つけたんです、そのカード。なんか怪しいなと思ってたんじゃないですか、羽振りがいいなとか、おかしいなって、多分(ID2)」

「カード出されて「これはなんだ」だったと思います。見つかったんですよ、確か、バックに入れていたカードを出されて。その前に多分、気づいてたんだと思うんですけど、煙草の匂いとか(ID4)」

「でも分かってたけど借りるしかなかったのが現実なんですけどもね。ただ闇金の行く手前で止まって。止まるんだけど、6社ぐらい借りてると、ほとんど返せなくなって、いわゆる遅延するんですね、返済を。遅れちゃうんですね。で、うちへ自宅へ電話かかってきて。そこでばれるんですね。ばれたっていうね(ID7)」

⑪<家族が借金の尻拭いをする>

本人の親は、子どもの起こした恥を忍んで【親が返済する】。また、妻は借金の事実をなかったものにして返済する。ここで、「小遣いが少ない」ことが原因で借金をしていると考えた家族は、小遣いを上げるということで対処しようとしていた。

「親に相談してくれ」と言われ、親に相談したら「それは大変だ」つつって、親が立て替えて払ってくれたんですね。200万。結婚したあとに、かみさんは私の給料からちょこちょこ貯めてて、2年ぐらいしたときに「これ親に返してよ」つつって、200万ぽんと渡され、それを親に返しました(ID5)」

「貸してくれたんですね。その時点で、もう親にも借金が五百何万くらいまでいって(ID2)」

「ばれると、結局うちの妻は放っておけない性分なので、1回目は、じゃあ今回はこれ払ってあげるから、もう真面目になりなさい、みたいな話があるわけですよね(ID3)」

「そりゃそうですね。1回目も怒り狂った……結婚前に200万をそうやって親に立て替えてもらって、返して、そのあと債務整理はしないで、やっぱり350万ぐらい借金を。どうしてもかみさんに打ち明けるしかないぐらいの状態になって、打ち明けて(ID5)」

「結婚してから1回目の借金が発覚したあとに、小遣い逆に上げてもらったんですね。「あんた、小遣い少ないからそういうふうになっちゃったんでしょ」みたいな感じで、上げてもらったっていうのはありました(ID5)」

⑫<親戚を頼る>

実家、あるいは家庭に経済的な余裕のない場合は、親戚に援助を受けて借金を返済していた。

「叔母に、家族に相談して、その借金があるっていうことは話したんですけど、ギャンブルでっていうのは嘘をついて、彼女のせいにしてたりして、どんどん膨れ上がってしまったと、いろんな用途で。どうしようもないから、返すから、出してくれないかっていう相談をして、叔母に出して

もらいました(ID4)」

⑬<借金から解放される>

家族や親戚が借金を返済するとで、これまで追い込まれ、常に意識を支配していた借金から解放されることとなり【気楽になる】。【気楽になる】と、これまで自分自身を追い詰めていた借金が無かったかのような認識に変化し、「負けを認めたくない」気持ちが相乗して身軽な状態でギャンブルに【挑む】ようになっていった。

「今までは借金が重荷になっていて、そのために競艇でも借金があるがために、きっと本来の自分の予想するのと違った買い方とか、自分の思うようにできてなかったんだ、みたいな。そういうあほな考えが。そう、そう。今度はもう、好きなようにできるぞ、みたいな。借金気にしなくていいからって思うわけですよ。で、またすぐ始めるんですよ。そうするとやっぱり、負けていくので(ID3)」

「私はまだ2回目の借金ですかね、つかってましたから、だんだんこう。あっ、そうそう。1回目の借金でほとんど返済したんですね。いわゆる尻拭いを妻がしてくれましたから。そうすると非常に気が楽になりましたね、「ああ、よかった」ってね、ばれてよかった。解放された(ID7)」

「なんか、やっぱり負けを認めたくないというか。なんか挑みたかったんですよ(ID3)」

⑭<望みを残す>

少額であれば「一人でも返せる」という考えから、借金の額を少なく見積もり家族に伝える者もいる。この場合、残った借金を返済するための資金を得るための手段として選択されるのがギャンブルである。返済のためのお金を得るためにギャンブルに挑むもののお金を失うこととなり、結果的に短期間のうちに借金を増やしていった。

「借金なくなってるはずなのに。消費者金融、一カ所だけ言わなかったところがあって。それもやっぱり悔しかったんですよ、言い訳にしてるんだと思うんですけど。武富士ってご存じだと思うんですけど、そこから9万円借りたっていうのを、どうしてもかみさんに言えなくて。その9万円を返すために、やっぱりこいつだけは自分で何とかしようとかって理由を付けて、始めちゃうんですよ。ほかの百何万とかはなくなってるんだけど、(ID8)」

「これだったら、でも一人で返せるかなあっていうぐらいの葛藤があって、結局言わなかった。そうなんです、今思うと(笑)。やっぱりこれを何とかしようって始めて、また苦しくなってきた、借りて、借りて、借りてってやっちゃうんですよ(ID8)」

「はい、その時は、カードを全て清算したわけじゃなくて、まだ残っていたカードがあって、また始まった。返さないといけないから、一回返済したカードに関しては、もっと限度額が上がって契約できたので、もっと加速していきました(ID4)」

⑮<家族も対策を取る>

多額の借金に直面した家族は衝撃を受ける。そして、もう二度とこのような辛い状況を招くことがないよう対策を取る。その方法は、携帯電話を持たせていつでも【連絡できるようにする】、お金を【借りられないようにする】、【言いくるめる】等であった。

また、家族は借金への対応についての情報を得るために【ギャマノンに 繋がる】。しかし、本人を何とか更生させようとして【言いくるめる】中で口論が絶えない状態となる。その場面を見て、【子供が仲裁する】こともあった。

「だから2回目のあとしばらくして、携帯電話つづのを持たされて。私は携帯電話持ちたくなかったんです、所在がつかまれるから。やっぱ持たされましたよね。よくわざと忘れまして、携帯電話を(ID5)」

「クレジットカードなり、預金のカードを取り上げられちゃったような状況になったんだと思うんですよ。もういちいち争いをしながら、言いわけをしてかりるのも面倒くさくなっちゃったんで (ID1)」

「いや、けんかなんか、なってないですね。ひたすら一方的に、かみさんが私を怒るだけですから。私は何も言えず、この嵐が過ぎるのを待ってるわけですからね(ID5)」

また、借金に対応するための情報を得るため、家族は【ギャマノンに 繋がる】。

「で、ギャマノンに行ってる中で彼らが学習してることは、「尻拭いするな」と、「手放しなさい」と、本人をね。「それよりもあなた方が回復しなさい」ということのようなので、完全に私自身手放されて、尻拭いもなくなって(ID7)」

ギャンブラー本人を何とか更生させようとして【言いくるめる】中で口論が絶えない状態となる。その場面を見て、【子供が仲裁する】場合もある。

「いや、見てないところです。むしろかみさんが怒ってるときに、うちの息子は泣いて、訳もわからず泣いて入ってきて、かみさんがそこで怒りを静めるっていうことがあって。本当、息子に感謝です (笑) (ID5)」

⑩<病気とは思わない>

自分の問題は借金であると思い、【借金を止めたい】と考えるようになる。また、ギャンブルや借金を繰り返す自分は【生き方がおかしい】と思いながらギャンブルをする。しかし、どんなに借金で追い込まれても【依存症とは思っていない】。

「やめたかったです。やめたかったですね。借金のほうですね。(ギャンブルを止めたい)それは思わなかったです。やっぱりゲーム感覚みたいのがあって、面白いとは思うんですよ(ID8)」

「いや、おかしいと思いますよね。生き方がおかしいと思いました。病気とは思わなくて、生き方がおかしいと。んで第一にやんなきゃいけないことより、自分はマージャンが優先になってんだらうと思いますよね。なんでマージャンしないと気が済まないんだらう、みたいな(ID5)」

「少なくとも、ギャンブル依存症なんて、自分では思っていないですし、たまたま。(偶々お金の問題が出てきたということ) そうです(ID1)」

これは家族も同様であり、【家族も病気とは思わない】。そのため、家族も借金を何とかしようと考

え得る限りの手を尽くしていた。

「それも、かみさんが地元の自治体の法律相談に行って、やっぱり債務整理つうのをやらなきゃしょうがないみたいだということを知って、そこで知った弁護士のところ、そのままお願いしたんですね。そのときは、まだギャンブル依存症っていう病気のことは思っていないです。だからその借金どうにかしなきゃいけないっていうようなほうで、動き回ってましたね(ID5)」

⑰<家のお金を持ち出す>

家族から「カードを取り上げられる」等でギャンブルの資金源を断たれるものの、「自分の稼いだお金」という意識があり、家族の対応に納得できない。そのため、自分の稼いだお金である家のお金を持ち出してギャンブルをするための資金に充てていた。

「そのうちに更に、家のカードを取り上げられた後に、まだサラ金には行かなくて、奥さんのお金とかを黙って持ってったりとかっていうのをしたこともあったと思うんですよ。それは全然ね、自分の稼いだお金だしとかっていう認識の中で(ID1)」

「女房の財布から銀行のカードをそっと抜いておろして下ろして、それを当てようと思ったんですよ。下ろして当てて、そーっと又、戻したんですよ(ID1)」

⑱<職場のお金を使う>

サラ金から借金ができなくなっても、ギャンブルへの欲求が低下することはない。何とかしてサラ金に変わる資金源を得ようとした結果、職場で【管理しているお金を拝借する】、あるいは【出張経費を使う】等で資金を調達していた。

「それと組合の仕事もやったりしてたんですけど、役割をやる中で、会計をやらせてもらったんです。支部の予算を預かったんですけど、100万くらい百数十万あったのかな、そういったものを使い込んでしまったりとか、そういったこともやっぱりあって、とにかく借金自体、どんどん膨れ上がっていったので(ID4)」

「返したんですけど、その代償としてあったのが、もう二度と金融から金を借りれなくなったというのがあって。それで仕事もしてて、それなりの役職でもあったので、会社の経費とかを〇〇営業部っていうところにいるんですけど、その経費、月150万くらいを、金庫に入れて動かしてたんですよ。その経費を借りたりとか、あとで埋めて戻したりとか。ようは今までの消費者金融の変わりに、今度、会社の金庫が、その役目を果たようになって(ID2)」

「それから今度は製造の仕事だったので、出張が、結構あったりするんですよ。その中で出張の経費、交通費とかそれから宿泊費とか、結構、掛かるので、前借できたりとか、それから手当を貰えたりとかっていうのあったんで、そういったお金の中でやるようになっていった(ID4)」

ステップ6 《追い込まれ、治療や施設に結びつく》

どこにいても安らぎを感じられないため、逃避できる場所としてギャンブル場に身を置く。その折、詐欺に遭い、借金が膨大に膨れ上がることとなる者もいる。

借金返済に追われて精神的に追い込まれて「何もやる気が起きない」、「自殺を考える」といった状態になってもなお、ギャンブルでの「忘れられない感覚を求める」、あるいは「ギャンブルを捨てたくはない」という欲求を持ち続ける。その反面「毎日止めたい」と思いながらも止められずに借金を繰り返して家族を苦しめる自分を「悪魔みたいな存在」と捉え、苦しむ。この時家族からギャンブル依存症に関する情報を得て「これは病気なのかな」という考えに至り、気持ちが楽になる。家族の手放しにより自分が思い描いた通りの「ギャンブル漬け」になった者は、自分がやりたかったことは「こんなに虚しいものだったのか」と気づき、自分が依存症であることを受け入れて医療や施設に繋がる。一方で「施設になんか行きたくない」と抵抗を示し、最後まであがき続ける者もあり、自分自身の状態を受け入れるには個人差がある。

このステップは、社会生活が営めなくなる、あるいは追い詰められて詐欺に合う等、八方塞となり、家族から医療機関や SHG の情報提供を得て医療や SHG に繋がることを示す。

①＜居場所を求める＞

ギャンブルによる借金を繰り返す夫に対して妻は日常的に「怒り」や機嫌の悪さを示す。本人は家にも【安らぎを感じられない】ためにパチンコ台や麻雀卓の前に居場所を求めていた。

「辛かったですね。(～中略～)何が辛いかって言うと、やっぱり妻の怒りとか、機嫌の悪い感じとか、それが辛いですね(ID5)」

「(家庭は安らげる場所?) そうでもないですね。記憶の中であるのは、娘が「パパは最近笑わなくなったね」つつって。それは記憶ありますよね。「笑わなくなったよ」つつって(ID7)」

さらに、家族との「約束」を果たさずにギャンブルをして、飲酒をすることで自分にとって都合の悪いことを回避しようとする。家族は本人を家から出し、本人は【家にいられない】状況となる。このことが、本人に自分の行為を振り返るきっかけを与えていた。

「アルバイトをやったお金を、妻に支払う、渡す約束をしてたんですけど、それがギャンブルで使っちゃって渡せなかったんですよ。それを追及されて、渡せなかった時に「出ていってくれ」って言われて、出ていったっていうのが、その次です(ID4)」

「やっぱりそんな僕の状況はずっと悪くなる一方だったので、かなりおかしくなってる。家にも酒を飲むだけでしたし (ID4)」

②＜忘れられない感覚を求める＞

ギャンブルの忘れられない感覚があり、無意識に「何かあると」その感覚を欲する。

「興奮とか忘れられないとか。あのピョーッとかって、脳に出てくる、前頭葉にアドレナリンが住みつくような。その時は、そんなの思っていないんですけど。セロトニンと、アドレナリンが出る時の、多分、感覚が出てるんだなというような状況だったと思うんですけど。あの感覚が。なにかあると、あれが欲してるみたいな(ID1)」

③<ギャンブルを捨てたくはない>

「わりと早い頃から」「どうしようもないやつだ」という感覚を持つ者がいる。借金を繰り返す本人に対して家族はGA (Gamblers Anonymous、以下、GA とする) を勧めるが、本人はGA という環境に違和感を持ち、【受け入れられない】。また、ギャンブルを【やり続けたい】、「止めるつもりはない」ためにGA 参加と並行してギャンブルを続けていた。

「どうしようもないやつだっていう感覚は、自分の中ではわりと早い頃から思っていました。(～中略～) (GA に参加して他者の話を聞き) こんなにも同じことをしてる人がいたのかっていうこととか、共感を感じたんですけど、なんか……それだけでした。仲間だとはやっぱり思えなかったですよ。凄いなんか、内輪でやってる感じがしたので(ID4)」

「GA に初めて行って、でもそれからまだパチンコはやめてませんでしたから、やめるつもりなかったから、半年とか9ヶ月ぐらいは自助グループに通いながらパチンコやってたんですね(ID7)」

「やっぱりマージャンというゲーム、ルールが好きだったんでしょうね。マージャンでつくった借金は、やっぱりマージャンで返したいなと思ったんだと思います。できっこないのに、夢の世界をずっと見続けた感じですね。やっぱり自分は、もうマージャンやめたいと思ってなかったんでしょうね、そのころは(ID5)」

④<家族が心に深い傷を負う>

家族にとっては突然明るみになる、度重なる多額の借金は「ショック」に他ならず、「トラウマ」状態になる。本人の行動全てが家族にとっては借金のショックに繋がる不安要素であり、家族は常に借金への不安と恐怖にさらされていた。

「ほんとにショックの、トラウマみたいになって、お金も持たせない、夜遅くなれば、会社で遅くなる時だってあるじゃないですか。電話とかも掛かってくるしというのが続きますよね、やっぱりね。不安になりますし、どこに行ってるんだろうとか。またやってるんじゃないかとか(ID1)」

⑤<踏みとどまる>

本人にとって「闇金」は、自分の居場所を奪うものという認識である。そのため、追い込まれて借金ができない状況になっても、闇金にまでは手を出さないという「理性」が働く。

「(闇金) それだけの勇氣はなくて、必ず私は自分の会社の居場所は守りたかったんで、そういうことをすればヤバイのでっていうのは、それぐらいの理性はきいてたんですけど(ID1)」

「何もできなくなったっていう状況になって。だから借金をしたくてもできない。ヤミ金とか行ったら別でしょうけど、普通の消費者金融では無理だと(ID8)」

⑥<働けない>

借金、家族や職場での叱咤により日常的に追い込まれた状況となり、「本当に何もやる気が起きなく」なる。闇金からも借金をした者はさらに自分ではどうにもならない状態となり、経済的にも精神的にも「白旗」を上げ、休職をすることとなっていた。

「そのうちに会社に行くのが嫌になっちゃったんですね。(～中略～) 自分の唯一の居場所の逃げてがなくなっちゃって、休んだんですよ(ID1)」

「なんかリハビリみたいな、心のリハビリじゃないですけど、本当に何もやる気が起きなかったんですよ。結局、自分の親が尻ぬぐいをしてくれて、借金はまだ心配はなくなったんですけど、本当に何もやる気が起きなくて。病院にも行って見たんですね。〇〇の病院、〇〇病院とかっていうところ行ったんですけど、そこにはギャンブラーは少なかったんですね(ID8)」

「今いる職場の前の学校だったんですね。中3の担任やって、ヤミ金 10 件つながって、ある朝、かみさんにもう白旗上げる。「降参だ」と言ったのは、前の職場だったんですけども、そこから移って、今の職場なんですけど、そこではもう鬱病ということで休みました、長い期間。一回5カ月ぐらい休んで、復職して、1年半ぐらいやって、年度が変わるとき、4月から休んだんですよ(ID5)」

⑦<万策尽きる>

ともかくにも借金の利子を返済しようとし、そのためのお金を手に入れることに全力を注ぎ、工面しようとする。その際、都合よくお金を得ることができるという話を持ちかけられ、【足をすくわれる】。「詐欺」に合ったことを家族には伝えることができずに自分自身で解決しようと奮闘するものの、どうにも打つ手がないと悟り、氣力を失った時に【自ら事実を告げる】こととなる。

「1回やってもらったあとに、もうさすがに、これはかみさんには言えないやつって、何とかそれをどうにかしなきゃいけなくなったときに、詐欺師に引っかけちゃったんですね(ID5)」

「実はこういうことがあって……」って、一番最初の借金は、「サクラをやってみないかということで、俺はやりたくなかったんだけど」っていう、そのときの詳細な話をして。それで警察に行こうっていう話になってって。「あなたは悪くないじゃん」って言ってくれたことが、ちょっと何て言うんでしょうね、あれは。それを武器にしたのかもしれないですね。俺は悪くないんだって、結局(ID8)」

「手持ちもなくなると。ガソリンはあるぞと。ガソリンしかないよ (笑)。そういう状況で、まあ「仕事行ってきます」って仕事行くふりして、ふらあっと旅立つんですよ (笑)。それで結局、私自身が自殺をしようとかも考えて、山とか海とか行ってみたいんですけど、結局試してみただけでできなくて、泣く泣く帰ってくると、行くところがなく。帰ってきて、やっぱりその場で白状すると。そんな感じですね(ID8)」

「とにかく、もうどうにも支払えなくなったときに、やっとある朝、かみさんに言ったんですね。そのときは夫婦状態も終わりで、私とかみさんの部屋は、別な部屋でなりました、同居はしてたけど。ある朝、かみさんに言って、こういう詐欺師に引っかけ、こういう状態なんだと。ついては弁護士のところ相談に行きたいってことで。ヤミ金にも 10 件つながってるってことで。やっぱり早急に、ヤミ金が怖くて、かみさんは子ども連れてちょっと避難したりとかしましたよね(ID5)」

⑧<回復の端緒をつかむ>

繰り返される借金に疑問を持った家族は、「これは普通じゃない」という思いからその原因を調べる

ようになる。その結果、医療機関や GA を知ることとなり、医療機関や GA に【家族が結びつける】こととなる。

「これは普通じゃないということで、多分しらべたんですよね。〇〇にある病院に、そういったギャンブル依存症の病院に行きなさいということで、最初に繋がりました(ID1)」

「その頃には、妻もいろいろと調べていたんですよ。(ギャンノン) とかにも繋がって。〇〇に行っただけですけど、また〇〇のミーティングとか行って、今度、逆に GA とかにも行ったんですよ。医療機関だけじゃなくて、自助会にも行きなさいということで行ってたんですけど(ID1)」

本人にとっては医療や GA に行くことは並々ならない勇気が必要であり、勢いを要する。そのため、飲酒により気分を高揚させ、勢いを持って挑む者もいる。

「これはね、前々から自助グループであるとかクリニックというのは妻から聞いてたんですね。「そういう場所があるよ」というね。で、何て言ったらいいんだろうな、「そろそろ行こうかな」という、「行ってもいいかな」というね。気持ちとしてはそんなとこでしたね。お昼食べてからそれから行こうと思ってましたからね、コンビニで缶ビール 1 本買って、「ちょっと 1 本じゃ足んねえな」つつって、もう 1 本また買って、それから 2 本飲んで、それからお昼食べて、あの頃は寒い時期で風邪がはやりましたから、大きなマスクして、赤い顔しながらマスクして(笑)。そうです。勢いつけて行きましたよ。そこでいただいた病名が、病的賭博っていう名前でしたね(ID7)」

⑨<回復の術を知る>

毎日ギャンブルを「止めたい」と思いながらも止めることができず、借金で家族を苦しめる自分を「悪魔みたいな存在」と捉えていた本人にとって、自分が「依存症」という「病気」であることは「助かる」かもしれないという望みを持つことに繋がる。「助かる」かもしれないと思うことで「すごく気持ちが楽」になるという経験をする。

「(止まらない、止められない) そうですね。思います。毎日や止めたいと思いますよね。(～中略～) 泥沼のようでした。そうです。施設に入るちょっと前というか、私自身は GA につながって、初めて行ったのはもう 12 年前です。自分はそこで、自分はギャンブル依存症だと認めましたね(ID5)」

「自分の父親に、「おまえは病気だ」「だから病院行け」と言われたのが始まりで、あ、これって病気なのかなって。それだったら助かるなって思ったんですよ。これは、自分が悪魔みたいな存在になったわけではなくて、病人なんだって。これは病気なのかなって思えたら、すごく気持ちが楽にはなったんですよ(ID8)」

⑩<あがき、観念する>

医療機関を受診して「ギャンブル依存症」と診断されてもなお「自分は認めたくないし、大丈夫」と「誤魔化」す。しかし、現実を直視した瞬間、自分がしたかったことは「虚しい」ものだったということに気付くこととなる。

「先生には、ギャンブル依存症だねみたいなことを言われたんですけど、自分は認めたくないし、大丈夫みたいだみたいなことで誤魔化して (ID1)」

「俺がやりたかったことは、今、これなんだっていうことに気づいた時に、俺がやりたかったことは、こんなに虚しいものだったのかっていうことに、気づくキッカケがあって。(～中略～) 分かりましたっていうことで、施設に行く手続きをスタートしました(ID4)」

一方、どうしても「施設なんか行きたくなかった」ために家族の勧めを振り切りあがき続けてお金を使いこみ、家族から「いい加減にしろ」と言われることでようやく観念する者もいる。

「もう僕も、当然、施設なんか行きたくなかったので、会社の仕事の引き継ぎがあるとかなんだとか言いながら逃げ続けて、今年の年末年始にですね、家の金庫に 20 万入ってたんですよ、その 20 万を取って、またギャンブルやって、なくなって。いい加減にしろって言われて、観念して、〇月〇日に施設に入って、〇月〇日に出てきたっていう感じです(ID2)」

4.2.2.3 妻から見たギャンブラー本人のステップ

ステップ1 《ギャンブルの効果を体験する》

この時期は、ギャンブラー本人にとってギャンブルをすることが楽しみに他ならず、ギャンブルをすることでこれまで得ることのできなかつた体験をすることとなる。

多くの場合、この時期にはギャンブラー本人と妻は出会っていない。このことから、ステップ1における語りは、ギャンブラー本人及び家族が回復に向けて歩み始め、相互に自分以外の他者に目を向けることができるようになった段階において、当時を振り返る中でギャンブラー本人から妻に向けて語られる。

<ギャンブルが力を与える>

本人はギャンブルをし、勝つことで人の「上に」立つことができているという感覚が得られる。人の「上に」立つという感覚はギャンブラー本人にとって心地よい感覚であり、継続的に得たいという「欲求」が生じる。家族は、ギャンブラー本人が「勝ちたい」という「欲求」を満たすために「お金を賭け」、人の「上に」立とうとしていたと認識している。

「そういうのもやっぱり勝ちたいとか上にいたいという欲求が強くてお金を掛けてしまうみたいな (ID2-F)」

ステップ2 《お金をやりくりしながらギャンブルを楽しむ》

本人がギャンブルをしていることを妻（あるいは彼女）に伝えており、妻（あるいは彼女）が知っている場合と、ギャンブルをしていることを妻（あるいは彼女）に伝えておらず、妻（あるいは彼女）は知らない場合がある。

ギャンブルすることを本人から伝えられて知っている場合、本人とギャンブルを一緒に楽しむ場合と、ギャンブルすることに抵抗を示す場合がある。抵抗を示す場合は、妻（あるいは彼女）が「ギヤ

ンブルはしないでほしい」というメッセージを送っている。そこで、夫（あるいは彼）はギャンブルすることに対して後ろめたいと思うようになり、家族に隠れてギャンブルをするようになる。

妻（あるいは彼女）が、夫（あるいは彼）がギャンブルをするということ知らない場合、夫（あるいは彼）がギャンブルに時間を費やすことで妻（あるいは彼女）との約束を守られないということが頻発するが、その度に本人は妻（あるいは彼女）にギャンブル以外の理由を告げる。

①<はまるほどとは思わない>

本人と一緒にギャンブルを楽しむ、あるいはギャンブルをしていることを本人から告げられることで妻（あるいは彼女）は本人がギャンブルすることを知る。しかし、この場合でも共通の友人から本人にはギャンブルに「はまっている感じでもない」と聞かされたり、妻（あるいは彼女）から見て本人がギャンブルにはまっているような印象を受けなかったため、単にギャンブルを知っているにとどまっていた。

「その（友人）グループの皆さん、結構ちょこちょこ行ったりして、でも別にはまっている感じでもないと聞いてたから、そんな付き合い程度なのかなって思ってたんですけど(ID6-F)」

「うん、してた人なんでしょうね。で、結婚して、そうだな、4年目に子供ができたんですけども、4年経って子供ができてそのときに私がお腹が大きいときに、日曜日っていうと「ちょっとパチンコに行ってくる」なんていうことはあって、「じゃあティッシュ取ってきて」とかって言って、ティッシュの5箱ぐらい取ってきたらまあ(ID7-F)」

「まだすごい賭けっぷりはよかったと思いますけどね。一レースに平気で10万、20万使っていたと思いますよ(ID3-F)」

②<約束が守られない>

本人と妻が結婚前に交際していた当時から、デートの約束をしてもギャンブルのために約束の時間が守られず、「遅刻はもう毎度のこと」となる。

「すっぽかしはしないんですけど、遅刻はもう毎度のことというか。結構、そうでしたね。初めてのデートの時は、でもそれも1時間、実は待ったんですけど、私(ID4-F)」

ステップ3 《ギャンブルへの動機づけが強化される》

職場環境に恵まれず、本人は「会社に行くのもイヤ」になるような状況となり、「現実逃避」を求める。この時「現実逃避」の手段として、没頭し、現実を【忘れられる環境】になるギャンブルをすることが選択される。その当時、「会社に行くのもイヤ」になるような職場環境であることを妻は本人から知らされていた場合でも、「現実逃避」の手段としてギャンブルをしていることは知らない状況である。

このことは、ギャンブラー本人及び家族が回復に向けて歩み始め、相互に自分以外の他者に目を向けることができるようになった段階において、当時を振り返る中でギャンブラー本人から妻に向けて語られる。

他方、妻（当時の彼女）が交際の条件として、ギャンブルをしないことを上げる。この条件に応え

るためにギャンブラー本人は努力をし、「変わる」。

① <ギャンブルすることで現実から逃れる>

「えー。夫にとっては、やっぱり現実逃避の手段かな。ギャンブルですごい大金が動くのが、すごい醍醐味ってとか言っていたりとか(ID5-F)」

「その時にワンマンの社長にもうすごくいじめられたみたいで、会社に行くのもイヤになっちゃって。その時は会社が始まる前にもう行っちゃたり、終わったらすぐパチンコ屋に行っちゃたりっていうふうに言っていました(ID6-F)」

② <妻（彼女）のための努力が感じられる>

妻（当時の彼女）の出した条件に応じようと本人は努力をする。努力の末に本人は「変わる」ことができ、ギャンブルをしないという条件を満たす。

「でも、(友人) グループだったのでみんなで遊んで、1年ぐらいした時に辞めたって言うんですよ。確かに周りの友達も「あいつは変わった、変わった。すごい、すごい」って。私のおかげではないかと言うんですよ。ええっと思って。この人こんなに私のためにがんばってくれるんだ、と思っちゃって(ID6-F)」

ステップ4 《金銭の入手経路を多様化する》

この段階は、家族と事実を共有することなく、本人のみがギャンブルをするための金策をする。この段階に関して家族からの語りは得られなかった。

ステップ5 《病気という認識がなく、借金・返済の自転車操業に陥る》

本人は水面下でギャンブルをし、借金を膨らませていく。その事実を一人で抱えつつも、サラ金の利子をも返済しきれない状態になり、<隠しきれなくなる>ことで借金の事実が家族に発覚する。借金は家族が返済するが、程なくして新たな借金が作られる。

本人も家族も<問題は借金>ととらえているため、「債務整理」によりお金の整理をする場合もある。

① <休日も家にはいない>

本人は休日返上で「仕事」のために外出をする。大抵はギャンブルに時間を費やされているものの、家族は本人の言う「仕事」という言葉を信じる。

「そうですね。部活を持っていたりとかしたので、土日とか平日も遅かったりっていうのはありましたね。だからそれは、私は、主人が「部活で」とかって言うのを信じてましたね、そのときは(ID8-F)」
「そうですね。平日はそうやって忙しくしてたので、土日しか行かれなかったみたいですけどね。本当、娘が言っていたように、娘の幼げがなくなった頃から、週末っていうと娘も学校もないし、夫も会社もないと思うので、朝寝坊してると、夫がいなくて「会社行って来ます」って書いてあ

って、帰ってくるのが8時とかそのぐらいなんですよね(ID7-F)」

②<妻に内緒で友人からもお金を借りる>

本人は妻には言わずに友人からお金を借りる。友人からは「内緒にしてるんだったら、言った方がいいよ」と伝えるが、この事実は借金発覚後に妻に伝えられる。

「ただ1人、100万円を最後貸してくれたという人は最後の最後に多分頼みに行ったんだと思うんですけども。その彼はそこまで困っていたのかというのはびっくりしちゃって、奥さんに言っていないんだたら言いなさいって。それで2人で出なおしたほうがいいよ、内緒にしてるんだたら、言ったほうがいいよとってくれたんですって。でもやっぱり困ってるからっていうんでお金は貸してくれたんですよね(ID6-F)」

③<相談できない>

妻の「怒る様子を彼(本人)も妄想して」、借金を抱えている事実を家族に相談することができない。また、「心理的な相談事」をする友人もおらず、「本当に1人」で現実に対峙する。

「まあ、言いづらかったんだと思う。多分すごい怒るの目に見えてたんだと思うので。多分、私の怒る様子を彼も妄想して。絶対これ怒る、かなんか言ってたのか分からないですけど。まあ、言いづらかったんだと思う。多分すごい怒るの目に見えてたんだと思うので。多分、私の怒る様子を彼も妄想して。絶対これ怒る、かなんか言ってたのか分からないですけど(ID5-F)」

「そのお友達のグループの人たちは、相談できる感じではないと思いますね。本当に遊び仲間という感じでキャバクラに行ってみたりとかパチンコなんかも行ってみたりとか、あとはバーベキューをしたりとかという楽しいだけなつながりに私には見えて。ただ、ただ、だらしなくお酒をずっと飲んでる。楽しいけどもそこでなにか心理的な相談事とかをしてるふうには全然見えなくて。(～中略～)多分1人だと思います。本当に1人だと思います(ID6-F)」

④<借金が追いつめる>

妻や職場に借金を隠すため、サラ金への利子を返済するのが難しい状態になってもなお、本人はその(借金)事実を一人で抱え込もうとする。しかし、頭の中は利子を返済するための金策への算段に満たされているため、集中できずに【仕事に影響する】。さらに、追い込まれて「自殺」を考え、【失踪し、(借金が)発覚する】場合もある。

「最初の会社を辞める前だから、二度目の借金が分かった時に、仕事も手に付かなかったみたいで(ID4-F)」

「いなくなっちゃったんですね。いきなりいなくなつて。「職場に行っていない」って、主人の職場の上司から、私の職場にかかってきて。(～中略～)そんな無断欠勤とか一回もやったことない、本当に好青年の感じだったので、ええっ? ってなつて。連絡してもつながらないしっていうことで、いなくなっちゃつて、帰ってこなくて。警察に捜索願を出して、2、3日で家に戻ってきたんですけど。そのときに自殺未遂の跡(首にロープ圧迫痕)、こうあつて。警察も入ってるので、警察のほうになんでいなくなつたとか話したみたいで。そのときに、消費者金融への借金の返済

のたびに、パチンコに行って返そうとしてたけど、もう返しきれなくなっちゃって、どうしていかわかんなくて死のうと思ったということで。それが1回目なんです（笑）(ID8-F)」

追い詰められた状態は【仕事に影響する】ため、パフォーマンスが低下する。また、本人は家族に対して借金の事実を隠し通してきたものの、【隠す余裕がない（気が回らなくなる）】ため、借金を「隠し通せなく」なる。

「ずっとお風呂入る時とかも脱衣所に持ってったりしてたのに、あの2日間だけはポンて置いてあって、彼も見せたかったとまではいかななくても、もう隠す余裕さえもうなくなってきちゃったんじゃないかも。その頃はもう顔もすさんだような感じだったから、隠し通せなく彼がなってきちゃったんですかね。私は積極的にはたらいて分かったというんじゃないんですよね。なんか、ポトって落ちてきたような感じですよ(ID6-F)」

⑤<隠しきれなくなる>

元来、真面目な性格である本人は、【結婚が契機となり、借金の事実を交際相手に明かす】。また、自宅にサラ金から電話がかかってくるようになると、「とても返しきれない」こととなり、謝金をしている事実を【本人が（妻に）告白する】。

「しょっちゅうマージャンに行っ、お金借りてまでマージャンやってっていうことを、結婚してから知ったことなので。大学生の時も親に肩代わりしてもらってたらしいんですけども。借金であるとか、お金であるとか(ID5-F)」

「(~前略~)。で、母が一人で留守番していたので、うちへ電話してるんですよ。そうしたら、夫にこういう人から電話が掛かってきたって、うちの母、ちゃんと電話番号も聞いておいてくれたんです。で、夫に伝えて、夫に自分で電話してサラ金だってことがわかったと思うんですよ。それで、その晩です。実はあの電話はこうだったんだ、って言って。頭抱えて、「もう駄目なんだ。返せないんだ」って。「月25万ぐらいで返さなきゃならないから」みたいに、とてもとても返しきれないみたいなこと言ってました(ID7-F)」

借金の事実を告白してもなお、【借金の理由を隠す】ギャンブラーもいる。一方、家族も本人の言う理由を信じ、それ以上の追及はしない。

「私と出会う職場の前に、また別の職場にいて。その時に残業をたくさんしましたと、会社で。その残業をするのにあたって、家に帰ってくる時間が惜しいので、近くのカプセルホテルに泊まりました。その宿泊代が出せなくて、消費者金融でちょっとだけ借りたのをきかっけに、利息がかさんでいって、払いきれなくなって言われて。その時はマージャンのことを少しもしなかったんです、話を(ID5-F)」

本人は借金に追い込まれ、家族に借金の事実を告白してもなお、本来の借金の額よりも低額を告げる者がいる。この場合、「あなたのショックが違うと思った」で示されるように、本人は借金の額が大きくなるほど家族に与える衝撃が大ききなると考え、その衝撃を少しでも和らげようという家族への

配慮からくる振る舞いとして表現される。

「400（万）って言ったの。それで、でも本当は500万あったって言うんですね。後から聞くのは、で、なんでその時100万、あの時言ってくれば全部完済できたのに、とか。できないんですけど、今にして思えば。だけど500万っていうより、400万っていうほうが、あなたのショックが違ふと思った、みたいなことを言って。すごいくだらないって思ったんですけど。500万でも多分払っただろうし(ID5-F)」

⑥<家族が借金を返済する>

本人の借金の事実を知った妻は、夫の両親に相談する。これにより、本人の【親が返済する】こととなる。

「はい。それで、消費者金融の借金があったので、主人の実家に尻ぬぐいをしていただいて(ID8-F)」
「それでその尻ぬぐいは実家の親にしてもらいました。そしたら、その前の年に実は既に100万円、実家の親が尻ぬぐいしていたことが分かって、それにもものすごい怒り狂って、「なんで言わないんだ！」みたいな感じになって、ますます火に油を注いだ大げんかになって、あちらの実家と1年間、断絶状態になりました(ID3-F)」

⑦<気楽になる>

借金が無くなることで、本人は「身軽に」なる。

「(~前略~)、一括払いなのでだいぶ身軽になって返して、それで夫は威張ってたわけですね(笑)、自分の遺産という自分のお金で返しましたとか言って(笑)(ID7-F)」

⑧<問題は借金>

借金は「自分自身の問題」であり、本人はサラ金からお金を借りられることを問題ととらえ、借りられない状態にするために「債務整理」をする。家族も本人の言葉に望みをかける。

「でもお金ないからどうするって話をして、で、債務整理という方法もあると思うよと言ったら、じゃあ債務整理をするという事になって、〇年に債務整理をしたのかな(ID2-F)」
「そんなの治す方法なくても要は自分自身の問題だから自分が何とかすれば治るもんだって、主人も債務整理をして借りられなくなればやめるよ、きっと、って言ってたんですよ(ID2-F)」

⑨<資金源を変更する>

サラ金の利子すら返済できない、あるいは債務整理でサラ金から借りることができない等の理由がある場合、本人は【家のお金を持ち出す】、あるいは【管理しているお金を拝借する】ことで借金返済やギャンブルへの資金に充てようとする。

【家のお金を持ち出す】場合、家族は「何か変だな」と、異変に気づくことになるが、【管理しているお金を拝借する】場合は、その事実を本人が告白するまで家族は事実を知らずにいる。

「なんか変だな、なんか変だな、みたいな感じで。子供が生まれて出産祝いとかいただく んだけど、全部なくなるとか。なんかおかしい(Fa-1-21)」

「よしこれ返し終わった、これさえ返せば大丈夫だって、私は思ってたんですけど、それを返して、あ、良かったってほっとするんですけど、なくなったと思ってたらまたしばらくすると今度は違う会社から出て来たとか、会社のお金使い込んだから 20 万ちょうだいとか(ID2-F)」

「しかも会社のほうのお金も、集金係とかなった時に返せなくなっちゃったからそこから出しちゃったり、その会社のお金を最後、1 年ごとに返さなきゃいけないとかいう時にはまた消費者金融で借りて、補てんみたいなことをしたりしても (ID6-F)」

⑩<子供が仲裁する>

借金が発覚すると、家庭内でも「修羅場みたいな場面」が引き起こされる。その場面を子どもが目の当たりにすることで状況を察し、「なんでママをこんなふうにしちゃうの」と「パパに訴える」ことで母親を守ろうとする。

また、妻が日常的に怒らざるを得ない状態となった際には、「お母さん怒らせちゃったら、大変だよ」と、子どもが母親を怒らせない努力をするようになる。

「でも 1 番上の子はやっぱり傷つけてきたかなとは思いますがね。やっぱり私がとても感情的なので、修羅場というか。きちがいみたいに怒鳴って、彼を責めまくってる、修羅場みたいな場面も 2、3 回見せてるし。彼女が、まだ小学校 1 年生ぐらいのときに、なんでママをこんなふうにしちゃうのって、私をかばいながらパパに訴えてることがあったりとかしたので(ID1-F)」

「それこそ自分が父に抱いたみたいに、お父さん、お母さん怒らせちゃったら。あ、夫は怒らないんだけど、お母さん怒らせちゃったら、大変だよって。夫は夫で、子どもたちに、お母さんを怒らせないようにね、しなきゃ駄目だよ。後から聞いてすごい腹立ったんですけど。怒らせてるの、誰って思ったんですけど(ID5-F)」

ステップ 6 《追い込まれ、治療や施設に結びつく》

本人は、借金に追われる、あるいは妻との約束を果たせない状態となり、居場所を失う。そのような状況になってもなおギャンブルに<のめり込まずにはいられない>。のめり込むことで更に<追い込まれ、不安定になる>。そして、自分ではどうにもならない状態になり、夫は妻に<助けを求める>。その後、医療や SHG に繋がることで、回復に向けたスタート地点に立つことになる。

①<居場所を求める>

本人は借金、あるいは債務整理により、ギャンブルができない状態になる。また、自分の役割を果たすことができないため、家の中に「居場所」はない。以前はそのような状況の時にはギャンブルに居場所を求めたが、ギャンブルをすることができないためにただ、家にいるという状況になる。本人の居場所は「パソコン」の「区画」という空間であり、「ネットして閉じこもること」で「精一杯」の努力をする。

他方、妻との約束を果たすことができない場合、【家にはいられない】状況となる。

「でも自分はお金借りてパチンコしてないわけだからいいだろ、ぐらいな。家にこうしているじゃないか、無料で遊んでるじゃないか、みたいな感じ。それが多分彼の精一杯だったんでしょうね。家にいてあげるだけしか出来なかったんでしょうね、当時ね(ID2-F)」

「家庭にいても自分はいわゆるいいお父さんにはなれない。出来ない。でも、お金もない。今、前のようにパチンコやりたくてもやれない。だから居場所がなくて、当時は狭い家だったので、普通のリビングみたいところにパソコンが置いてあって、その区画にいるしかない、みたいな。で、ネットして閉じこもる事でそう。楽だったんでしょうね、その方が(ID2-F)」

「その感じが、凄く覚えてる。そうやって宣言されたんですよね、あの時。自分には、ミーティングも必要ないし、思う存分やりたい。誰にもとやかく言われず。で、じゃあ出てく、出ててくよって、出てって。でも鍵持って出てくから、私たちが居ない間に入ってきてシャワー浴びてる形跡とかがあるわけですよ(笑)。なに、怖いと思って。帰ってきてんじゃんっていう感じで、ある時、私が居ないと思って帰ってきた時に、私、いたんですよね。鍵返して欲しいって言って、鍵返してもらって。また出てってもらって。それからですね(ID4-F)」

②<のめり込まずにはいられない>

本人はギャンブルをしてはいけないと思いつつも、置かれている状況から逃れたいという思いから「助けを求めて」ギャンブルをする。この時本人にとっては、【生きるすべとしてのギャンブル】となっている。しかし、本人にはギャンブルをすることで「ギャンブル三昧でいられる自分と、それが終わった時というのかな、素に戻った時のというか、絶望というか孤独」が共存することとなる。

「あの時は、本当に自分の命綱だったというか、あれがあったから助けてくれた(ギャンブルが生きる支えになっていた)んじゃないかなとは思いますがね。そうですね。それがあったから生きられたというか。そう思いますね(ID3-F)」

「当時はきっとよりどころでもあっただろうし、でも。まあ必要だったのかな、その時は。彼にとっては。生きるために、多分(ID4-F)」

「うん。借金を。その時は、自分が一応ギャンブルで滑るということは問題があると分かっているから、株やFXだったら、あれはギャンブルじゃないというふうに言い訳ができるじゃないですか。だから、そっちに行くんですよ。株とFXに。ただ、すごい早いじゃないですか、おかげで。それで、あっという間に800万いっちゃったんですよ(ID3-F)」

「あれは両方あるんでしょうね、きっと。ギャンブル三昧でいられる自分と、それが終わった時というのかな、素に戻った時のというか、絶望というか孤独というか、きっと両方の中にいた1年だったのかなと、今は思うんですけど(ID4-F)」

③<闇金というハードル>

本人にとっても家族にとっても、闇金には抵抗がある。そのため、本人は「金策に回ってるときはツライ」と言うものの、その辛さを一時的に解消するためとは言え闇金にまでは手を出さない。

「で、幸いサラ金で借りられてたので、ヤミ金とかまでは行ってなかったんですけど、会社のお金

を使い込んだりとか、すれすれのところをやってたので(ID2-F)」

「もう借りる先がないんですよね。ヤミ金に行くか謝るかどっちか。で、もうさあ、って。ずっとこれ同じ事 10 何年続けて生きてきてどう思うって言って。やめたいと思わないのって。こんな頭下げて恥ずかしいしイヤじゃんって。うん、いやだ。ツライ。金策に回ってる時はツライ、っていうんですよね(ID2-F)」

④<助けを求める>

妻が何気なく言った言葉に本人が反応し、自ら助けを求める。

「あんた本当病気だよね」と言った時に、電車の中で泣き出して、うちの夫が。「俺、本当病気だと思う」と、「もう助けてほしい」と、「もう本当に死ななきゃ治らないんだよ」と言ったんですよ(ID3-F)」

⑤<追い込まれ、不安定になる>

本人は借金・返済で追い込まれる。そのため、「普段の穏やかで、真面目というか優しくて」という夫が「豹変」するようになる。また、いつも「イライラ」している状態となり、子どもを「怒ったり」、本人にとって自宅が落ち着かない場所となり、家においても「ご飯も食べない」状態となる。

「家に帰るのがイヤだ。自宅に帰るのがイヤだ、食事もしたくない、会社もイヤだ、漫画喫茶にいたるのが一番落ち着くって言って、わかったから帰ってこなくていいよと言ったことがあって、本当にご飯も食べないんですよ(ID2-F)」

「つらかったんだと思います。もうすごくイライラいつもしていたんですよね。子供が今5歳なんですけど、子供もまだ2歳、3歳の頃なのに、できない、そんなこと言ってもそんな難しいことできないよって言うようなことも怒ったりして。そんな怒らないでって思うぐらいいらしてて、どうしたらいいんだろう。子供が好きだって言っていたのに全然そんな感じではないし(ID6-F)」

「その過程のなかで、この人二人いるって、私、ある時思ったんですよね。普段の穏やかで、真面目というか優しくてという彼が豹変するというか、豹変する感じというのか、うつろな時もあるれば、凄く攻撃的な般若みたいな顔に見える時があって(ID4-F)」

さらに、本人は「会社に行けなくなっちゃって自分でもおかしい」と思い自ら受診し、「鬱」と診断を受ける者もいる。この時本人は、【働けない】状態になったことを妻には話しておらず、しばらくしてから事実が告げられる。

「会社には鬱だっていうし、会社に行けなくなっちゃって自分でもおかしい、おかしいって思って病院行ったら鬱だって言われたっていうので、多分、本当は会社行けてないって言った〇月ぐらいから、行ったり行かなかったりしてたみたいで(ID1-F)」

⑥<医療に繋がる>

妻は医療機関を検索し、本人を医療に繋げる。その際、夫は「ギャンブル依存症」と診断を受ける。

「はい。(医療機関)に連れてって。で、一応その時初めてギャンブル依存症 ですねって、病名をもらって(ID1-F)」

「すぐ診断してくれて。〇〇先生がすごいファーストコンタクトがよくて、「あなたギャンブル依存症ですよ。ご主人は」みたいに言うてくれて、「よかったら奥さんも連れてきなさい、次の時に」とその時に言われたみたいで、なんで私が行くのかしらと思ったんですけど(ID3-F)」

⑦<家族が SHG に結びつける>

妻が借金を繰り返す本人に対して疑問を持ち、書籍やインターネット等から情報を得ることでギャンブル依存症という疾患があることを知る。さらに調べていくことで SHG (GA) があることを知り、GA を夫に勧める。

妻が初めに SHG (ギャンノン) に繋がり、自身が「救われる」体験をした場合、夫も「救われる権利がある」と考え SHG (GA) を勧める。

「ちょっとこれを読んでみてくれって」言って(新聞記事を)読んでもらって。本も1冊ぐらい買って。読めば読むほど彼の症状にぴったりだし、これはもうギャンブル依存症じゃないかと思って。GA に行ってもらおうようになったんですよね。それが〇年ぐらい前ですかね。割と発覚して、調べるのが好きだったのですぐ見つかったのは見つかったんですね。ギャンブル依存症だっというのが。彼ももう私に放っておかれてたから、底も付いてたので「行ってみる」って行けたんですよね(ID6-F)」

「本当に救われたので、夫にも「あなたにも救われる権利があるみたいよ」とか言っちゃって(笑)。GA を勧めて、(~中略~) 〇〇で別れて、夫は〇〇線で一つか二つの所で〇〇かな、ぐらいの所から歩いて行く所だからって言って。「えっ、一緒に行くんじゃないの？」って夫は〇〇で別れるときに言いましたけど(笑)、「いえ、私はこっちへ行きます」って別れて行って(笑) (ID7-F)」

一方、SHG に繋がることで妻は変化していき、【家族(夫・子供)が妻の変化を感じる】ようになると、その状態を継続させるために本人が妻を SHG に行くことを勧めるようになる。

「その時に、しょうがないねって言った時に、すごいびっくりした夫の姿を覚えてるんですけど(ID5-F)」

「少しずつそういう(怒る)ことがなくなってきたらしくって。で、夫が私にギャンノンに行くことを勧めだして(ID5-F)」

⑧<状況を受け入れる>

家族が施設入所を勧めるが、「自暴自棄」になっている本人は状況を受け入れることができない。しかし、妻からの「一言」が響き、夫はあがいている状況ではないということを受け入れる。

「何かその時はもう自暴自棄になってたので、会社も辞めたい、家族も捨てたい、まあまたいつものが始まるんですけど、自由になりたい、責任を負いたくない、ツライからいやだ、休職っていうけど俺は辞めて、何もない状態で行きたいみたいなことを言って、それが出来ないなら施設には行かないみたいなことをいうから、でもそれってさ、あんたが決めることじゃないじゃん、

ってという話を言ったら、なんか一言響いたらしくて、あ、俺〇月に（全てが）終わってたんだ、って言いだして(ID2-F)」

⑨<感覚を欲する>

ギャンブルを辞めてもなお、当たった時に流れる音、ギャンブル場で放たれるネオンに反応する。このことは、ギャンブラー本人及び家族が回復に向けて歩み始め、相互に自分以外の他者に目を向けることができるようになった段階において、当時を振り返る中でギャンブラー本人から妻に向けて語られる。

「ただ、今聞くと、パチンコが、出玉が出る時に変な音が流れるみたいで、キューイン、キューインって。そういうのが結構CMとか、テレビとかで使われるみたいですけど、そういうのでやっぱり反応するって。あとはネオンですか。あれはやっぱり「まずい、まずい」とかって、こうやってますけどね。ゲーセンとかも、かなり派手な音楽とか光とかの刺激で、なんか思い出すことはあるみたいですけど(ID8-F)」

4. 4 考察

以下に、対象の背景、ギャンブルを開始してから病的ギャンブリングまでのギャンブラー本人の認識、ギャンブラー本人と家族の認識の相違、本研究で得られたステップを予防的に用いることの有用性、アルコール問題が深刻化していくプロセスとの比較の観点から考察する。

4.4.1 対象の背景

森山 (2008)、太田 (2008)、原田ら (2010) は、各々の医療機関を受診した病的ギャンブラーの臨床的実態を示している。3つの先行研究によると、平均年齢は 38.9~42.6 歳、男女比は 9 : 1~8 : 2、学歴は高学歴であり、本研究においても同様の結果が得られた。

SOGS 得点を見ると、平均得点が 15.6 点 (Reng : 10-18) であり、病的ギャンブラーと判定される 5 点を大幅に上回っている。また、家族から見たギャンブラー本人の SOGS 得点を見ると、平均得点が 16.5 点 (Reng : 13-18) であり、ギャンブラー本人の回答より高い得点を示した。病的ギャンブリングは、病的ギャンブラーの家族や友人といった近しい人に対して社会的、感情的、経済的に大きなダメージを与える(Hodgins ら、2006 ; Petry, 2005)。特に、配偶者に与える経済的影響は、人生を変えるほどのインパクトを持つものとされる。さらに、ギャンブルの問題を通じてギャンブラーは、カードや銀行における負債、胴元への負債、家族や友人への負債を持つようになる。配偶者は負債の事実を知らされるという経験を通じて、ギャンブラー当事者に関して経済的な意味での安全感や信頼感を失ってしまう。この時、借金の事実は配偶者に知らされていない場合が多く、それが知らされた時に配偶者は強い衝撃を受けるため、PTSD などのトラウマ症状に結びつくこともあるとされる。これらが影響し、ギャンブラー本人に比較して家族の方がギャンブルや、それにまつわる借金の問題を過大に見積もった回答となっているものと考えられる。また、既往歴では、ギャンブラー本人は鬱、アルコール、インターネット、女性と回答している者が各 1 名いるのに対し、家族は女性と回答した者が 1 名のみであった。ここでも、ギャンブラー本人が家族に対して自らの状態を伝えておらず、家族が現状を把握することが困難な状況が伺える。

ギャンブルの種類を見ると、パチンコ、スロット、賭け麻雀を週1回以上経験していた者が半数を超えていた。原田ら(2010)が示すように、身近で容易にできるギャンブルにのめり込んでいった傾向が伺える。さらに、ギャンブル開始からサラ金での借金までには平均11.0年、SHG参加までは平均20.0年、施設入所までは平均22.8年であった。筆者ら(2013)は、アルコール依存症者とその家族に対するインタビュー調査で、初飲からアルコール依存症と診断されるまでに平均31.1年であり、飲酒が習慣化するまでには11.8年、問題飲酒となるまでには平均20.7年と報告した。サラ金から借金を開始した時点を問題のあるギャンブリング、施設に入所した時点を病的ギャンブリングの診断を受けた時と仮定すると、アルコールに比較してギャンブルは10年程度早く依存症が深刻化していくことが示された。

ギャンブラー本人、家族ともに、医療機関、もしくはSHGに関する情報源として多く用いられているのはインターネットである。病的ギャンブリングが比較的短い期間で進行していくことを考慮すると、手軽に情報を検索することのできるインターネットで病的ギャンブリングに関する情報を提供していくことで、問題が深刻化する以前に介入していくことができる可能性が示唆された。

4.4.2 ギャンブルを開始してから病的ギャンブリングまでのギャンブラー本人の認識

病的ギャンブラーがギャンブルを開始してから治療やSHGに繋がるまでには、「ギャンブルの効果を体験する」、「お金をやりくりしながらギャンブルを楽しむ」、「ギャンブルへの動機づけが強化される」、「金銭の入手経路を多様化する」、「病気という認識がなく、借金・返済の自転車操業に陥る」、「追い込まれ、治療や施設に結びつく」の6つのステップがあり、このステップを行きつ、戻りつしながら病的ギャンブリングへと進行していくことが見出された。

ギャンブルを開始した当初は、「ギャンブルの効果を体験する」、「お金をやりくりしながらギャンブルを楽しむ」で示されるように、ギャンブルをすることによる正の効果を求めてギャンブルを楽しんでいる。ギャンブルを開始した年齢を見ると平均16歳であり、青年期の段階でギャンブルを経験している。青年期は好奇心から酒、タバコを口にすることから、急性アルコール中毒や若い女性の喫煙率の増加が問題となっている(岡部、2009)。これに衝動的傾向も加わってギャンブルの優先順位が上がったものと考えられる。さらに、柳沢ら(2011)は、一大学の学生で、週1回以上ギャンブルに接する常習ギャンブラーのうち、6人(2.8%)が強迫的ギャンブラーの可能性が高いと判定される得点であったこと、借金への抵抗が全くない・あまりない者が38人(17.2%)いたことを報告している。この中には本研究の対象者と同様の背景を持つ者や、将来病的ギャンブラーへと進行していく危険性のある者が潜んでいる可能性がある。問題が深刻化していくことを防止するためには、ギャンブルを開始する前の段階にある中学生、あるいはギャンブルへの興味・関心が高まる時期である高校生や大学生に対して正確な知識の提供が必要であろう。

「ギャンブルへの動機づけが強化される」とギャンブルをする時間や頻度が増加し、それに伴いお金が不足するため「金銭の入手経路を多様化する」。病的ギャンブラーがギャンブルを開始してからサラ金を利用するまでの平均期間は11年であるが、3名(37.5%)が5年未満で学生ローンや消費者金融といったサラ金からの借金を開始している。そして、サラ金から簡単にお金を手に入れることを知ると、サラ金のお金を「自分の貯金」、あるいは「隠し口座」という感覚を持ち、ギャンブルをするための財源として使用していく。この、いつでも使用できる「貯金」や「隠し口座」を使い続けるために、「利子のみを返済」という方策を取る。借金が発覚するまで家族にはこの事実を伝えることはなく、次の「病気という認識がなく、借金・返済の自転車操業に陥る」の段階で家族は数百万円という

額に膨れ上がって初めて事実を知ることとなっていた。鶴身ら（2013）は、先行研究の概観から、病的賭博者（病的ギャンブラー）群と問題賭博者群は、健常者に比較して報酬にも罰にも鈍感であるという知見が得られており、それを代償するためにより報酬の高い物事を求め、かつ損失等の不利益な結果を顧みないのではないかと考えられている。《ギャンブルの効果を体験する》、あるいは《お金をやりくりしながらギャンブルを楽しむ》段階では報酬を求めてギャンブルをしているものの、《金銭の入手経路を多様化する》段階においては報酬にも罰にも鈍感になっている傾向がみられる。このことから、手持ちのお金を使い果たすほどギャンブルをするようになったこの段階で、自らのギャンブルに対する姿勢や価値観等を振り返る機会を持つ必要性が示唆された。

度重なる借金をするものの《病気という認識がなく、借金・返済の自転車操業に陥る》。本研究において、病的ギャンブラーがサラ金からの借金を開始してから《追い込まれ、治療や施設に結びつく》までの期間は、医療機関受診までが平均 7.3 年、SHG に参加するまでが平均 8.9 年、施設に入所するまでが平均 11.7 年であった。つまり、この間ギャンブルに起因する借金、そして家族による借金の肩代わりを繰り返していることになる。借金を繰り返してもなおギャンブルをし続けるには手掛かりとなる刺激があり、この刺激に反応してギャンブルやそれに伴う借金をし続けていることが推察される。しかし、この手がかりとなる刺激に対する反応については未だ研究が少なく、統一した見解が得られていないのが現状である（鶴身ら、2013）。ギャンブルへの手がかりとなる刺激については、今後研究を蓄積していく必要がある。他方、借金に対する認識を見ると、借金をしていてもギャンブルをすることができていれば【なんとかなる】という認識であるが、返済期限が近づくことで借金が現実のものとして認識される。現実のものとして認識されるとなお、負けを取り戻そうとして冷静さを欠いたギャンブルを繰り返し、返済不可能な状態となる。この時点では、借金がギャンブルへの手がかりとなる刺激となっている可能性がある。

さらに、ギャンブルをするための「嘘」や「理由づけ」が繰り返されるため、周囲の人との関係としては尊敬を失っていくこととなる。このことで、周囲の人はギャンブラー本人との距離をとるようになる。他方、ギャンブラー本人は怒りや憤怒、罪責感や自己批判が混在するような情緒的状态となり、さらには自分の役割や責任を果たせなくなることで、ギャンブルやそれに伴う借金の事実が発覚することとなる。借金・返済を繰り返す中で病的ギャンブリングは深刻化していき、うつ状態となり社会生活を営むことができない者や、アルコール使用障害を併発する者がいた。更に、自傷行為に及ぶ者もあり、このような状態になる以前に適切な援助に繋がれるような情報を提供していくことが求められる。

Argo ら（2004）は、先行研究の概観により、ギャンブルの過程には「勝利の段階」、「失う段階」、「自暴自棄の段階」、「降参あるいは絶望的な段階」の 4 つの段階があることを示している。本研究では、Argo らが示すように、「勝利の段階」を経てギャンブルにのめり込んでいくというよりはむしろ早期から金銭に対する認識の歪みがあり、その歪みがあるがゆえにギャンブル問題を深刻化させていくという側面を示すことができた。

4.4.3 ギャンブラー本人と家族の認識の相違

病的ギャンブラーを取り巻く家族には、主に親・兄弟姉妹と、妻・子供がいる。本研究においては、研究協力者全員が妻だったため、ギャンブラー本人と妻の認識の相違について考察する。

病的ギャンブリングが進行していくプロセスの 5 段階で初めて借金の事実を知ることが示されたが、何れもギャンブルやそれに伴う借金に気付かず、借金の事実が発覚した際には借金を返済する役割を担っていた。また、借金が発覚した際に、家族は借金の原因を明らかにしない、借金とギャンブルが

結びつかない、あるいはギャンブル依存症という病気があること自体知らなかったことで、借金という事実のみに意識が集中していた。病的ギャンブラーは借金の事実を家族に隠し、また、物質乱用の様に精神症状が出現しにくく、問題のあるギャンブルのサインについて気付きにくい。そのため、家族にとっては突然深刻な経済問題を追うという状況に追い込まれる(McCombら、2009)。このような状況により、家族自身も冷静さを持ち続けることが困難となり、借金への対処に追われることとなる。一方、ギャンブラーはこれまで自己を追い込み続けてきた借金から解放されることで気楽にギャンブルに臨む事ができるようになり、新たな借金をつくるというサイクルが形成される。このことを考慮すると、病的ギャンブラーの家族にとどまらず、一般の家族に対してもギャンブル依存症という病気があることを周知すること、そして借金あるいはギャンブルの問題が発覚した際の対応方法について情報提供をしていくことが必要である。これにより、家族にとってこうした問題の認識がより早い段階にできることが期待され、ダメージが大きくなる前に適切な対応ができる可能性があるといえる。

また、先にも述べたが、幼少期よりギャンブルに親和性があることでギャンブルへの興味・関心を高める一要因となっている。好奇心の高まる青年期以降にギャンブルへの親密性を高めることを防ぐためには、不用意にギャンブルへの興味・関心を高めないような環境づくりも必要であろう。

4.4.4 本研究で得られたステップを予防的に用いることの有用性

病的ギャンブルは問題が表面化しにくく、表面化したときには大きな経済的・精神的ダメージを負うこととなる。この背景には、病的ギャンブルに関する社会的認知度が高いとは言えないこと、そして身近にパチンコ店をはじめとするギャンブル場があり、ギャンブルへの敷居を低いものとしていることが影響していると考えられる。これに加え、家族がギャンブルをする者はギャンブルへの親和性が高くなり、ギャンブルへの抵抗感を示しにくくなっている。

また、リカバリー・サポートネットワーク (2012)は、パチンコ・スロットに問題を持つ者のうち、46%が10代、20代までに84%がパチンコ・スロットを開始しており、3%が10代、28%が20代から借金をしながら当該ギャンブルをしていると報告している。これらを考慮すると、遅くとも高校入学時にギャンブルに関する教育を行うことが必要であろう。

また、社会人になることで学生の時には借りることができなかった額の借金が可能となる。《金銭の入手経路を多様化する》ことで金銭感覚が変容し、借金を膨らませていくものの《病気という認識がなく、借金・返済の自転車操業に陥る》こととなる。このことから、入職時に病的ギャンブルと借金との関連に関する情報を提供し、健康診断の機会等を用いて定期的に自己の状態を確認するとともに、問題が深刻化する以前に該当者が気軽に相談できる体制づくりが求められる。

4.4.5 アルコール問題が深刻化していくプロセスとの比較

筆者が以前、アルコール依存症者とその家族に行った面接調査では、アルコール問題が深刻化していく中には1)飲酒による効果を求めて飲んでいる段階、2)社会的な困難事等、直視し難い現実から逃れるために飲んでいる段階、3)飲酒量や頻度の増加に伴い健康上の障害が出現するようになった段階の3つの段階があることが示された(新井、2014)。さらに、研究1において、アルコール依存症者とその家族には、問題飲酒者の飲酒問題を認識する過程で時間的差異があり、その差異が依存症の深刻化に影響していることを報告した(新井、2013)。特に、初めは効果を求めるために飲酒をする段階や、直視し難い現実が書逃れるために飲酒する段階はギャンブルもの共通するものである。一方、健康障害が出現する段階においては、ギャンブルとは異なるものといえる。この相違点に着目し、以下

に、本研究で得られた結果とアルコール依存症者の認識のプロセスとを比較することで、病的ギャンブラーの特徴と、それに合わせた早期発見・早期介入の可能性について検討していく。

これまで述べてきたとおり、病的ギャンブラーは比較的早い段階で金銭的なコントロールに障害が現れるもののギャンブルやそれに伴う借金の問題が表面化しにくく、表面化したときには既にこれらの問題が深刻化している。また、借金開始後、間もなく他者のお金と自分のお金の境界が曖昧になり、借金をしている事実を否定的に捉えられなくなることで、これまでに増してギャンブルに拍車がかかっていく。しかし、借金の原因がギャンブルということには結びつかず、借金を返済するためにはギャンブルをする必要があるという理由づけがなされ、ギャンブルという根本的な問題が否認される結果、のめり込みが強化される。のめり込みの強化は借金を膨らませることとなり、経済的破綻をきたす。経済的破綻は時間的猶予を与えず、アルコール依存症者よりも平均十数年短い期間で SHG や医療に結びつくこととなる。

他方、アルコール依存症者は初飲から問題飲酒までにコントロール可能な時期がある。また、健康障害を呈した際には原因を飲酒と結び付け、飲み方の改善の必要性を認識する。しかし、一時的に飲み方の改善をしたとしても継続することができず、比較的長い時間を掛けて大量飲酒をしていくうちに社会的・精神的問題も表面化し、治療に結びつくこととなる。

アルコール依存症者に生じる健康問題に比較して、病的ギャンブラーの経済的問題は表面化しにくく、早期の介入が困難なものとなっている。ここで可能性を考えるのならば、公営ギャンブル施設やパチンコ店等、ギャンブルを提供する側にも依存症の啓発や進行を予防するための対策を求めること、そして、金融機関でお金を貸しつける際にギャンブルに関するチェック機構を設けることで、問題発生の予防、もしくは問題のある者を早期に発見していくことが可能となる。また、ギャンブル問題が深刻化した際に合併するうつ症状やアルコール問題等を診断する際、ギャンブル問題の有無を確認する、あるいはギャンブル問題に関する情報提供をしていくことも有用であろう。

4. 5 研究の限界と今後の課題

本研究では、病的ギャンブラーの語りにより、ギャンブルを開始してから医療や施設に繋がるまでの状況や、特徴的な認識を掴むことができた。しかし、今回は病的ギャンブラーと判定できる者への調査であり、かつ回復の途上にある者の回顧的なデータである。そのため、問題のないギャンブルをしている者や、問題を抱えながらも社会生活に影響を及ぼさない範囲で踏みとどまっている者は、異なるプロセスをたどる可能性がある。このことから、今後は多様な段階にある者への調査を行い、日本におけるギャンブルの実態やギャンブラーの特徴等も明らかにし、ギャンブラーの特徴に応じた介入方法を検討していく必要がある。

4. 6 まとめ

病的ギャンブラー8名のインタビュー及び質問紙調査から、ギャンブルを開始してから問題が深刻化するまでのプロセスを示すことができた。そのプロセスには《ギャンブルの効果を体験する》、《お金をやりくりしながらギャンブルを楽しむ》、《ギャンブルへの動機づけが強化される》、《金銭の入手経路を多様化する》、《病気という認識がなく、借金・返済の自転車操業に陥る》、《追い込まれ、治療や施設に結びつく》6つのステップがあり、問題が深刻化してもなお借金とギャンブルの

問題を関連付けることが難しい状況にある。この背景には金銭への認識の歪みがあること、そして病的ギャンブリングに関する社会的認知度が高くはなく、このことに関する知識を持ち得ていない状況があると考えられる。そのため、ギャンブルの問題と借金の問題とを結び付け、病的ギャンブリングに対する適切な対応をとることができるような情報を普及していくことが必要である。さらに、病的ギャンブラーを早い段階で発見し、介入していくためにはギャンブルを提供する施設や、お金を貸しつける金融機関、合併症を診断する医療機関からも協力を得ることが求められる。

第 5 章

危険なギャンブリングのリスク判断と 段階に応じた介入方法の検討 (研究 4)

第5章 病的ギャンブリングの重症化に影響する要因と、 段階に応じた介入方法の検討（研究4）

5.1 目的

パチンコ依存問題電話相談事業を行っているリカバリー・サポートネットワークの報告によると（2012）、パチンコ、パチスロ（パチンコ型スロットマシン 以下、パチスロとする）に問題を持つ者のうち、46%が10代、20代までに84%がパチンコ・スロットを開始しており、3%が10代、28%が20代から借金をしながら当該ギャンブルをしている現状がある。つまり、潜在的な病的ギャンブラーが多く存在しているのである。しかし、我が国では病的ギャンブラーの実態や、病的ギャンブリングが重症化していくプロセスと、それに影響する要因について明らかにされていないのが現状である。国内にカジノを導入する動きが活発化している昨今、病的ギャンブラーの特徴を捉えること、そして、重症化を予防していくことは急務であると考え。このことから、本研究では病的ギャンブラーの特徴を明らかにすること、そして、病的ギャンブリングに影響する要因を検討し、本人及び家族に対して重症化を予防するための対処スキルの指導に繋げるための基礎的資料を作成することを目的とし、この目的に沿って検討していく。

5.2 研究方法

5.2.1 研究デザイン、及び調査対象

病的ギャンブラーの自助グループ（Gamblers Anonymous 以下、GA とする）に通う者、及び依存症回復施設に入所する病的ギャンブラー300名を対象とした質問紙調査法による調査を行った。調査の実施にあたっては、病的ギャンブラーへの介入・回復支援に携わる支援者に対して調査の目的、方法について説明をし、調査への同意を得た。その後、病的ギャンブラーへの介入・回復支援に携わる支援者から日本国内のGA、及び依存症回復施設に配布し、回答後の質問紙を返信用封筒に密封の上、郵送にて回収した。176名から回答が得られ、回収率は58.7%であった。

5.2.2 調査期間

2014年6月

5.2.3 調査内容

先にも述べたとおり、病的ギャンブリングは研究蓄積の乏しい分野である。このことから、研究報告の豊富な物質アディクションであるアルコールに関する調査である研究2に準じた調査項目を設定した。

1) 基本属性

年齢、性別、現在の職業、過去の職業、1週間の平均労働時間、家族構成についての回答を求めた。

(1) 年齢・性別

年齢は、実数での回答を求めた。また、性別は「1. 男性」、「2. 女性」とし、該当する数字に回答を求めた。

(2) 現在の職業・過去に経験したことのある職業

国勢調査に用いる職業分類（2010）を参考に、13の選択肢を設定した。現在の職業は該当する

数字を1つ選択、過去の職業は該当する数字をすべて選択する複数回答として回答を求めた。

(3) 1週間の平均労働時間

労働基準法に基づき、1週間40時間未満、1週間の時間外労働時間15時間以内を基準とし、「1. 40時間未満」～「5. 55時間以上」で選択肢を設定し、回答を求めた。

(4) 家族構成

総務省統計局の日本の統計に使用される家族構成を採用した(2012)。

2) 病的賭博のスクリーニング・テスト SOGS、ギャンブル・借金に関する家族の状況(2項目)

SOGSは臨床現場における病的賭博のスクリーニングとしてLesieurとBlume(1987)により開発された16項目で構成される尺度である。本尺度の利用において、DSM-IV診断基準と較べて一般市民における病的ギャンブラー数を過大に評価する傾向が報告されている(Stinchfield, 2002)。しかし、本研究では調査対象に示した通り、既にGAもしくは依存症回復施設に繋がっている者を対象としており、SOGSによる過大評価の影響は受けにくいと考え、病的ギャンブルの重症度を確認するための尺度として採用した。

SOGSは経験したギャンブルの種類、初めてギャンブルを経験した年齢、今までに1日に賭けた金額の最高額、ギャンブルをすることで生じた事柄、借入先に関する質問項目で構成される。この中で、ギャンブルをすることで生じた事柄、借入先に関する項目が病的ギャンブラーの評価項目として設定されており、「はい」、「いいえ」の2件法で回答を求め、「はい」と回答のあったものをそれぞれ1点とし、合計得点が5点以上の者を病的ギャンブラーと判定する尺度である。

ギャンブル・借金に関する家族の状況については、ギャンブルをする家族の有無、借金をした家族の有無について「父親」、「母親」、「祖父」、「祖母」、「兄弟姉妹」、「配偶者」、「血縁・婚姻関係のない同居者」の中から該当する者を全て選択する複数回答で回答を求めた。

3) ギャンブルをする動機

研究2で用いた「飲酒の動機」及び、研究3の面接調査の結果から、研究者が作成した51項目で構成される自作の質問項目である。回答は、「1. とても当てはまる」～「5. 全く当てはまらない」の5件法により評定を求めた。

4) ギャンブル後に生じる事柄

研究3の面接調査から、研究者が作成した15項目で構成される自作の質問項目である。回答は、「1. いつもそうである」～「5. 全くそうではない」の5件法により評定を求めた。

5) ギャンブルをし過ぎた時の対処法

研究3の面接調査、及び精神科領域の臨床、研究に携わる研究者間で検討し、作成した22項目で構成される自作の質問項目である。回答は、「1. いつもそうしている」～「5. 全くしていない」の5件法により評定を求めた。

6) K6(6項目)

K6はKesslerら(2002)が開発し、古川・大野・宇田・中根(2003)が日本語版を作成した、気分・不安障害等のスクリーニング・テストである。日本語版の信頼性、妥当性は川上ら(2006)によ

って評価されている。K6は6項目からなり、「まったくない」(0点)、「2. 少しだけ」(1点)、「3. ときどき」(2点)、「4. たいてい」(3点)、「5. いつも」(4点)の5件法で回答を求めて得点を採点し、6項目の合計得点で評価する。川上らは、軽症の気分・不安障害を含めてスクリーニングをする際の最適カットオフポイントを5点以上としており、本研究では回復途上にあり、精神的に比較的安定している者が対象と考えられるため、5点以上と気分・不安障害のカットオフポイントとして採用した。

7) CAGE (4項目)

Ewing (1984) によって開発された、欧米で推奨されている問題飲酒者のスクリーニング・テストである。CAGEは4項目からなり、「はい」、「いいえ」の2件法で回答を求める。2項目以上で「はい」があれば問題飲酒であり、アルコール依存症である可能性が高いと評価される。CAGEの日本語版の信頼性、妥当性は、川上(1993)によって評価されている。

8) FACESKGIV-8 (8項目)

オルソンが家族機能の測定用具として開発した円環モデル FACES を立木研究室が日本の文化に則して、独自の質問紙として作成したもので、その第4版を使用した。円環モデルは家族の集団凝集性を意味する「きずな (cohesion)」と家族の内的・外的圧力に対する家族の変化の柔軟性を意味する「かじとり (adaptability)」の2つの独立する概念から構成されている。「きずな」次元は家族の凝集性の程度によって、低い方から<バラバラ (disengaged)>、<サラリ (separated)>、<ピッタリ (connected)>、<ベッタリ (enmeshed)>に分けられ、「かじとり」次元は<融通なし (rigid)>、<キッチリ (structured)>、<柔軟 (flexible)>、<てんやわんや (chaotic)>に分けられる。「きずな」・「かじとり」の両次元ともに中庸に近づくほど家族機能の健康度が高く、極端に近づくほど病理度が高まるとされている(西川、2006)。それぞれ、かじとりは-2未満が「融通なし」、-2以上0未満が「キッチリ」、0以上2未満が「柔軟」、2以上が「てんやわんや」を示す。また、きずなは-2未満が「バラバラ」、-2以上0未満が「サラリ」、0以上2未満が「ピッタリ」、2以上が「ベッタリ」を示す。

5.2.4 解析方法

1) 対象の概要と病的ギャンブラーの実態

各変数の基本統計量を算出し、SOGS、K6、CAGE、FACESKG-8については合計得点を算出した。変数間の関係についてはt test、 χ^2 testを用いて比較検討をした。尚、現在、及び過去に経験したことのある職業については、回答数の少なかった「保安職業」、「農林漁業」、「生産工程」、「輸送・機械運転」、「建設・採掘」、「運搬・清掃・包装等」を「保安・運搬・製造等」として解析をした。

2) ギャンブルをする動機、ギャンブル後に生じる事柄、ギャンブルをし過ぎた時の対処法

各尺度の平均値、標準偏差を算出し、得点分布を確認し、主因子法・Promax回転による因子分析を行った。因子分析結果を踏まえて作成した尺度の内的整合性を検討するため、Cronbachの α 係数を算出した。

3) 病的ギャンブリングに影響する要因の検討

作成した各尺度について、下位尺度得点の算出をした。その後、SOGS得点、基本属性、ギャンブ

ルをする動機、ギャンブル後に生じる事柄、ギャンブル後に生じる事柄の Spearman 相関係数を算出した。

この結果を参考に、SOGS 得点を従属変数に、基本属性、ギャンブルをする動機、ギャンブル後に生じる事柄、ギャンブル後に生じる事柄を独立変数とした階層的重回帰分析（強制投入法）により病的ギャンブリングに影響する要因を検討した。

いずれも統計解析には IBM SPSS Statistics 21 を用い、有意水準は 5%未満とした。

5.2.5 倫理的配慮

本研究は、筑波大学医の倫理委員会の承認を得て実施した（通知番号第 810 号）。本研究の実施にあたり、施設責任者、もしきは団体責任者に研究概要と調査内容を文書及び口頭で説明し承諾を得た。また、質問紙の表紙に調査の目的、自由意思による回答、個人情報やプライバシーの保護等の研究上の倫理についての説明を記載した。回答は無記名とし、回答後の質問紙は郵送にて回収した。

尚、本研究への同意については、質問紙への回答をもって同意を得た。

5. 3 結果

5.3.1 対象の概要と病的ギャンブラーの実態

1) 対象者の概要 (Table4-1)

対象者の年齢は平均 41.78 歳 (SD: 10.95, Range: 17-67)、男性 162 名 (92.1%)、女性 14 名 (8.0%) であった。性別による平均年齢を見ると、男性 41.88 歳 (SD: 1.27, Range: 17-67)、女性 40.64 歳 (SD: 6.16, Range: 31-50) であり、有意な差はみられなかった (t test, $p=0.84$)。

現在の職業では、専門・技術職が 27 名 (15.4%)、サービス業が 22 名 (12.6%) 事務、管理職がそれぞれ 16 名 (9.1%) の順に多かった。また、男女別にみると、男性は専門的・技術職、サービス業、管理職の順に多く、女性では事務、専門的・技術職とサービス業の順に多かった。尚、本研究では仕事を休職、もしくは退職して依存症回復施設に入所した者も対象としたため、その他に該当する者が最も多い結果となった。

これまでに経験したことのある職業では、サービス業が 65 名 (37.8%)、販売が 55 名 (31.3%)、専門的・技術職が 44 名 (25.6%) の順に多かった。各職業と性別との関連について χ^2 test を行ったところ、事務のみ有意な関連を認め ($\chi^2=14.16$, $df=1$, $p<0.01$)、調整済み残差により男性に比較して女性に頻度が多い結果となった。

1 週間の平均労働時間では、40 時間未満の者が 59 名 (36.4%) と最も多く、平均労働時間が長くなるにつれて該当者が減少しているものの、103 名 (63.6%) が労働基準法に定められる 1 週間の平均労働時間を上回っており、56 時間以上の者が 21 名 (12.2%) 含まれていた。女性の平均労働時間は 45 時間未満となっているが、5%水準において性別による有意な差はみられなかった (t test, $p=0.07$)。

家族構成については、二世帯同居 (子と同居) が 44 名 (26.5%)、単身世帯が 43 名 (25.9%)、二世帯同居 (親と同居) が 36 名 (21.7%) を占めていた。男女で有意な差はみられなかったものの (t test, $p=0.65$)、女性にのみ、年齢との相関を認めた ($p<0.05$, $p=0.55$)。

2) ギャンブル・借金に関する家族の状況 (Table4-2)

回答のあった166名のうち、ギャンブルをする家族がいる者は103名(62.0%, 男性:93名, 女性:10名)、いない者は63名(38%, 男性:59名, 女性:4名)であり、家族にギャンブルをする者が6割を上回っていた。ギャンブルをする家族の内訳は父親と回答した者が64名(62.1%)、次いで兄弟姉妹が42名(46.6%)であった。

また、借金をしたことのある家族については53名(31.9%)がいると回答しており、その内訳は父親が27名(50.9%)、兄弟姉妹が22名(41.5%)であった。

3) ギャンブルを開始した年齢 (Table4-3)

回答のあった163名の平均年齢は18.01歳(SD:4.32)であった。その内訳をみると、18~20歳でギャンブルを開始したと回答した者が73名(44.8%)、15~17歳が49名(30.1%)の順であり、20歳までに約8割の者がギャンブルを経験していた。ギャンブルを開始した年齢に男女差は認めなかった(t test, p=0.18)。

4) 経験したことのあるギャンブルの種類 (Table4-4)

ギャンブルの種類により、回答者数にばらつきが見られた。

週1回以上経験したギャンブルはパチンコ(パチスロを含む)が151名(91.0%)、スロット・ポーカーマシン等のゲーム機が33名(21.4%)、競馬が27名(17.2%)であり、パチンコ(パチスロを含む)は男女ともに9割を超える者が経験していた(男性:138名(90.8%), 女性:13名(92.9%))。

月数回程度経験したギャンブルでは、ナンバーズ・宝くじ・サッカーくじ等を使った賭博が24名(15.1%)と最も多く、次いで競馬が13名(8.3%)、賭け麻雀・賭け将棋が12名(7.7%)の順であった。

年数回程度経験したギャンブルとしては、ナンバーズ・宝くじ・サッカーくじ等を使った賭博が31名(19.5%)、賭け麻雀・賭け将棋が25名(16.0%)、競馬が19名(12.1%)であり、過去数回程度経験したギャンブルはナンバーズ・宝くじ・サッカーくじ等を使った賭博が62名(39.0%)、競馬が51名(32.5%)、賭け麻雀・賭け将棋と金を賭けたゴルフ・ビリヤード・ダーツ等の試合が39名(25.3%)であった。

一方、経験したことのないギャンブルでは、証券の信用取引・または先物取引市場への投資、インターネット賭博は9割以上の者が経験しておらず、前者が144名(94.7%)、後者が142名(94.7%)という結果であった。

以上より、日常的に経験しているギャンブルはパチンコ(パチスロを含む)であり、半数以上の者が経験したことのあるギャンブルはナンバーズ・宝くじ・サッカーくじ等を使った賭博、競馬、賭け麻雀・賭け将棋、スロット・ポーカーマシン等のゲーム機、8割以上の者が経験しないギャンブルはスロット・ポーカーマシン等のゲーム機、合法または非合法のカジノ、サイコロ賭博(丁半賭博、チンコロリンなど)であることが示された。

5) 1日に賭けた最高金額 (Figure4-1)

1日に賭けた最高金額の平均は24.54(SD:40.31, Range:1-250)万円であった。金額で最も多かったのが10-19万円が79名(48.2%)、次いで1-9万円が36名(22.0%)、20-29万円が23名(14.0%)

であった。

6) SOGS 得点 (Table4-5)

SOGS 得点はすべての者が 5 点以上を示し、病的ギャンブラーと判断される 5 点を超える得点を示した。男女別に見ると、男性が平均 15.07 点 (SD : 2.57)、女性が平均 12.73 点 (SD : 3.20) であり、男性に重症者が多いことが示された (t test, $p=0.04$)。

7) K6 (Table4-6)

回答の得られた 166 名のうち、5 点未満が 15 名 (9.0%, 男性 : 14 名, 女性 : 1 名)、5 点以上が 151 名 (91.0%, 男性 : 138 名, 女性 : 13 名) であったが、性別による有意な差は認めなかった (χ^2 test, $\chi^2=0.067$, $df=1$, $p<0.05$)。

8) CAGE (Table4-7)

回答の得られた 165 名のうち、2 点未満が 117 名 (70.9%, 男性 : 105 名, 女性 : 12 名)、2 点以上が 48 名 (29.1%, 男性 : 46 名, 女性 : 2 名) であり、性別による有意な差は認めなかった (χ^2 test, $\chi^2=1.626$, $df=1$, $p<0.05$)。

また、SOGS 得点と CAGE 得点とに相関は認めなかった。

9) FACESKGIIV-8 (Table4-8)

かじとり得点について、「融通なし」は 50 名 (30.3%、男性 : 47 名、女性 : 3 名)、「キッチリ」は 28 名 (17.0%、男性 : 24 名、女性 : 4)、「柔軟」は 37 名 (22.4%、男性 : 35 名、女性 : 2)、「てんやわんや」は 50 名 (30.3%、男性 : 45 名、女性 : 5) であり、バランスが良いとされる「キッチリ」、「柔軟」に該当する者は 4 割程度であった。また、きずな得点は「バラバラ」が 75 名 (44.6%、男性 : 70 名、女性 : 5 名)、「サラリ」が 18 名 (10.7%、男性 : 16 名、女性 : 2 名)、「ピッタリ」が 24 名 (14.3%、男性 : 24 名、女性 : 0 名)、「ベツタリ」が 51 名 (30.4%、男性 : 44 名、女性 : 7 名) であり、「バラバラ」あるいは「ベツタリ」を示す家族が 75% を占めていた。

本研究における SOGS 得点の中央値 15 点を用い、かじとり得点、きずな得点と SOGS 得点の 15 点未満と 15 点以上の差を確認するために χ^2 test を行った。その結果、かじとり得点は $p=0.65$ 、きずな得点は $p=0.83$ であり、SOGS 得点の高群ち低群の間に有意な差は認めなかった (かじとり : $\chi^2=0.887$, $df=3$ 、きずな : $\chi^2=1.637$, $df=3$ 、共に $p<0.05$)。

5.3.2 ギャンブルをする動機、ギャンブル後に生じる事柄、ギャンブルをし過ぎた時の対処法

1) ギャンブルをする動機 (Table4-9)

「1. とても当てはまる(5点)」～「5. 全く当てはまらない(1点)」とし、ギャンブルをする動機 51 項目の平均値、標準偏差を算出し、得点分布を確認した。ここで、質問項目として意図が不明瞭であり得点の偏りがみられた 5 項目を除外した 46 項目を分析の対象として主因子法・Promax 回転による因子分析を行った。固有値の変化と因子の解釈可能性から 5 因子構造が妥当であると考えた。そこで再度 5 因子を仮定して主因子法・Promax 回転による因子分析を行った。その結果、十分な因子負荷量を示さなかった 9 項目と、複数の因子で 0.40 を超える因子負荷量を示した 3 項目を分析から除外し、残りの 34 項目に対して再度主因子法・Promax 回転による因子分析を行った。さらに十分な因子負荷量を示さなかった 2 項目を除外して、残りの 32 項目に対して主因子法・Promax 回転による因子

分析を行った。

第1因子は11項目で構成されており、自分が怒りっぽくなっていることに気付かないようにするためや、自分のギャンブルの仕方に気になる点があるのを忘れるため等、現在の状況に気付かない、あるいは忘れる等を表す項目に高い負荷量を示していた。そこで、「ギャンブル問題からの逃避」因子と命名した。第2因子は8項目で構成されており、人とのコミュニケーションを取りやすくなるから、人間関係が親密になるから等、円滑な人間関係を表す項目に高い負荷量を示していた。そこで、「人間関係の円滑化」因子と命名した。第3因子は6項目で構成されており、嫌なことを忘れるためや悩みを解消（軽減）するため等、気分転換を表す項目に高い負荷量を示していた。そこで、「日常生活の中での気分転換」因子と命名した。第4因子は5項目で構成されており、喜びや楽しみを感じるため、遊びとして楽しむため等、楽しさを得る目的を表す項目に高い負荷量を示していた。そこで、「遊びとしての楽しみ」因子と命名した。第5因子は、これまでの負けを取り戻すため、簡単にお金を稼ぐための、金銭を得ることを表す2項目で構成されていた。そこで、「金銭を得るための手段」因子と命名した。

次に、各因子に高い負荷量を示した項目の平均値を算出することにより、ギャンブル問題からの逃避得点（平均：3.12，SD：1.06）、人間関係の円滑化得点（平均：2.16，SD：0.86）、日常生活の中での気分転換得点（平均：4.16，SD：0.80）、遊びとしての楽しみ得点（平均：4.29，SD：0.71）、金銭を得るための手段得点（平均：4.47，SD：0.85）とした。内的整合性を検討するために α 係数を算出したところ、ギャンブル問題からの逃避で $\alpha=0.918$ 、人間関係の円滑化で $\alpha=0.852$ 、日常生活の中での気分転換で $\alpha=0.820$ 、遊びとしての楽しみで $\alpha=0.731$ 、金銭を得るための手段で $\alpha=0.822$ と十分な値が得られた。男女の得点差をt testにより検討したところ、遊びとしての楽しみ得点のみ男性が有意に高い得点を示した。

2) ギャンブル後に生じる事柄 (Table4-10)

「1. いつもそうである(5点)」～「5. 全くそうではない(1点)」とし、ギャンブル後に生じる事柄15項目の平均値、標準偏差を算出し、得点分布を確認した。いくつかの項目で得点の偏りがみられたが、いずれの項目もギャンブル後に生じる事柄を把握する上で重要な内容が含まれていると判断し、すべての項目を分析の対象とした。

この15項目に対して主因子法・Promax回転による因子分析を行ったところ、固有値の変化と因子の解釈可能性から4因子構造が妥当であると考えた。そこで再度4因子を仮定して主因子法・Promax回転による因子分析を行った。その結果、十分な因子負荷量を示さなかった3項目を分析から除外し、残りの12項目に対して再度主因子法・Promax回転による因子分析を行った。

第1因子は4項目で構成されており、気分転換、快感を得られる、時間つぶし、話題づくり等、自らが効果を期待し、それが得られる内容の項目で構成された。そこで、「期待どおりの効果を得る」因子と命名した。第2因子は4項目で構成されており、仕事等に手がつかなくなる、家族から責められる等、今ある状況に加え、望まぬ負の効果が加わる内容を表す項目で構成された。そこで、「状況が悪化する」因子と命名した。第3因子は2項目で構成されており、借金がかさむ、お金が借りられなくなるといった金銭を失う、あるいは金銭が得られない内容を表す項目で構成された。そこで、「金銭を失う」因子と命名した。第4因子は2項目で構成されており、むなしくなる、死にたくなる等、空虚感を表す項目で構成された。そこで、「空虚感に苛まれる」因子と命名した。

次に、各因子に高い負荷量を示した項目の平均値を算出することにより、期待どおりの効果を得る

得点（平均：3.55，SD：0.88）、状況が悪化する得点（平均：3.98，SD：0.94）、金銭を失う得点（平均：4.09，SD：1.07）、空虚感に苛まれる得点（平均：3.81，SD：1.12）とした。内的整合性を検討するために α 係数を算出したところ、期待どおりの効果を得るで $\alpha = 0.704$ 、状況が悪化するで $\alpha = 0.751$ 、金銭を失うで $\alpha = 0.774$ 、空虚感に苛まれるで $\alpha = 0.699$ の値が得られた。男女の得点差を t test により検討したところ、有意な差は認めなかった。

3) ギャンブルをし過ぎた時の対処法 (Table4-11)

「1. いつもそうしている(5点)」～「5. 全くしていない(1点)」とし、ギャンブル後に生じる事ギャンブルをし過ぎた時の対処法 22 項目の平均値、標準偏差を算出し、得点分布を確認した。いくつかの項目で得点の偏りがみられたが、いずれの項目もギャンブルをし過ぎた時の対処法を把握する上で重要な内容が含まれていると判断し、すべての項目を分析の対象とした。

この 22 項目に対して主因子法・Promax 回転による因子分析を行ったところ、固有値の変化と因子の解釈可能性から 3 因子構造が妥当であると考えた。そこで再度 3 因子を仮定して主因子法・Promax 回転による因子分析を行った。その結果、十分な因子負荷量を示さなかった 3 項目を分析から除外し、残りの 19 項目に対して再度主因子法・Promax 回転による因子分析を行った。主因子法・Promax 回転後の最終的な因子パターンと因子間相関を Table に示す。

第 1 因子は 8 項目で構成されており、人と話をする、友人・知人に相談する等、相談する、もしくはギャンブル以外の事柄で対処する内容の項目で構成された。そこで、「他の方法の探索」因子と命名した。第 2 因子は 7 項目で構成されており、誰かのせいにする、上手くいった時のことだけを考える等、責任や原因を逃れる内容を示す項目に高い負荷量を示された。そこで、「責任・原因の転嫁」因子と命名した。第 3 因子は 4 項目で構成されており、ギャンブルに使うお金を決める、ギャンブルに費やす時間を決める等、お金や時間を制限してギャンブルをする内容を表す項目に高い負荷量を示された。そこで、「制限」因子と命名した。

次に、各因子に高い負荷量を示した項目の平均値を算出することにより、他の方法の探索得点（平均：1.95，SD：0.97）、責任・原因の転嫁得点（平均：2.64，SD：0.96）、制限得点（平均：2.35，SD：0.99）とした。内的整合性を検討するために α 係数を算出したところ、他の方法の探索で $\alpha = 0.876$ 、責任・原因の転嫁で $\alpha = 0.785$ 、制限で $\alpha = 0.679$ の値が得られた。男女の得点差を t test により検討したところ、責任・原因の転嫁について男性が有意に高いことが示された。

5.3.3 病的ギャンブリングに影響する要因の検討

病的ギャンブラーの指標となる SOGS 得点に関連する要因を検討するため、相関係数を算出した (Table4-12)。

その結果、基本属性では性別 ($p < 0.01$, $p = -0.252$)、過去の職業では管理的職業 ($p < 0.05$, $p = 0.232$) との間に有意な相関が認められた。また、ギャンブルをする動機ではギャンブル問題からの逃避 ($p < 0.01$, $p = 0.268$) と金銭を得るための手段 ($p < 0.01$, $p = 0.332$)、ギャンブル後に生じる事柄では状況が悪化する ($p < 0.01$, $p = 0.453$)、金銭を失う ($p < 0.01$, $p = 0.503$)、空虚感に苛まれる ($p < 0.01$, $p = 0.282$) で、ギャンブルをし過ぎた時の対処法では責任・原因の転嫁 ($p < 0.05$, $p = 0.218$)、制限 ($p < 0.01$, $p = -0.297$) との間に有意な相関が認められた。

この結果を参考に、SOGS 得点を従属変数とした階層的重回帰分析を行った (Table4-13)。まず、相関は認めなかったものの、病的ギャンブリングに影響を及ぼすと考えられる変数として年齢、性別、

ギャンブル開始年齢と、過去の職業を独立変数として投入し、これを Model1 とした。その結果、基本属性では「性別」($\beta = -0.382$)、過去の職業では「事務」($\beta = 0.227$)が SOGS 得点に対する標準偏回帰係数 (β) が有意であり、病的ギャンブリングに影響していることが示された。次に、Model1 にギャンブルの動機を加えて Model2 とした。その結果、Model1 と同様、基本属性の「性別」($\beta = -0.337$) と過去の職業の「事務」($\beta = 0.200$)、ギャンブルの動機では第 1 因子の「ギャンブル問題からの逃避」($\beta = 0.288$) と、第 5 因子の「金銭を得るための手段」($\beta = 0.371$) が SOGS 得点に対する標準偏回帰係数 (β) が有意であり、病的ギャンブリングに影響していることが示された。引き続き、ギャンブル後に生じる事柄、ギャンブルをし過ぎた時の対処法の下位項目を加え、Model3 とした。その結果、基本属性では「年齢」($\beta = 0.223$)、「性別」($\beta = -0.230$)、過去の職業では「サービス職業」($\beta = 0.181$)、ギャンブルの動機では第 5 因子の「金銭を得るための手段」($\beta = 0.258$)、ギャンブルをし過ぎた時の対処法では「制限」($\beta = -0.214$) が SOGS 得点に対する標準偏回帰係数 (β) が有意であり、病的ギャンブリングに影響があることが示された。

5. 4 考察

5.4.1 対象の概要と病的ギャンブラーの実態

本研究における対象者の SOGS 得点は 6~19 点 (平均 14.9 点) であり、すべての対象者が病的ギャンブラーと判定される得点を示した。このことから、本研究における対象者は比較的重症な病的ギャンブラーであり、本研究結果から我が国における病的ギャンブラーの実態を把握することが可能となることに加え、この分析は病的ギャンブラーと判定されない、あるいは将来病的ギャンブラーとなり得るギャンブラーへの早期発見・介入のための貴重な資料となるものと考えられる。

また、性別は男性：女性が 9：1 の割合であり、森山 (2008)、太田 (2008)、原田 (2010) が報告した医療機関を受診した病的ギャンブラーの臨床の実態に関する報告と同様の結果となった。

Hing ら(2013)は、問題のあるギャンブルには 10 歳未満でギャンブルを開始すること、大人がギャンブルをしている場面に子どもが常にさらされること、ギャンブルをしているときにアルコールまたは薬物を使用すること、ギャンブルをする家族や友達がいること、社会活動としてではなくアディクションとしてのギャンブルとなっていることが影響することを示している。さらに、病的ギャンブラーの家族はそうでない家族に比べて家族の病的ギャンブラー率が高い傾向があることが指摘されている (Donald ら、2006)。本研究でも、家族がギャンブルをする者は 62% であり、20 歳までに 8 割の者がギャンブルを開始しており、そのうち 10 歳までにギャンブルを経験した者が 5 名 (3%) 含まれている。また、CAGE で 2 点以上を示す者が 29.1% 含まれており、ギャンブルに関心を持ち、病的ギャンブラーへと移行するリスクの高い対象であると考えられる。また、Suomi ら (2014) は、病的ギャンブラーのうち、精神的合併症を持つ者は低所得の年配の女性に多く、アルコール問題を持つ者は興奮剤を使用した若年者や生活水準の高い者であったと報告している。また、Donald ら (2006) は、病的ギャンブラーの家族はそうでない家族に比べて物質使用障害や気分障害、反社会性人格障害を有する確率が高いことも指摘しており、共通性のある遺伝的背景がこうした集積性を生んでいる可能性が論じられている。本研究においても K6 得点において 5 点以上であった女性が 90% を超えるものの、その対象の所得については確認されていない。今後、本人及び家族に対して所得や他の精神的合併症を含めた調査を行い、病的ギャンブラーへと移行するリスクの高い者を検討していく必要があると考えられる。

また、経験したことがあるギャンブルの種類を見ると、週1回以上経験したギャンブルはパチンコ（パチスロを含む）と回答した者が9割を超えていた。森山（2008）、太田（2008）、原田（2010）により、我が国の特徴として経験したギャンブルは大きくパチンコに偏っていることが報告されている。他方、諸外国の調査を見ると、Welet（2004）は、2168人への電話調査の結果、カジノは病的ギャンブリングの高いリスク要因となっていることを報告している。諸外国においては病的ギャンブリングに繋がるギャンブルの種類はカジノとなっているが、我が国においてはパチンコ（パチスロを含む）が病的ギャンブリングの中心となっており、特徴があるといえる。この結果を踏まえると、現在我が国にもカジノを導入しようとする政治的な動きがあり、カジノの導入が病的ギャンブラーの増加に影響することが推察される。この状況を回避するためには病的ギャンブリングに関する情報を発信して啓蒙を図り依存を予防すること、そして病的ギャンブリングの高リスク者、あるいは依存者に対する医療や法的介入をして回復に繋がられるよう社会環境を整えていくことが必要不可欠であろう。

家族機能については、「融通なし」と「てんやわんや」、「バラバラ」と「ベッタリ」に位置する者が半数を超えていた。病的ギャンブリングは、それに罹患している人の家族や友人などの近い人に対して社会的、感情的、経済的に大きな被害を及ぼすことが報告されている（Hodginsら、2006；Petry、2005）。また、1人の病的ギャンブラーがいることでその周囲の8～10人に直接的な否定的影響を与えるとされる（Lobsingerら、1996）。このことを考慮すると、家族は病的ギャンブラーが及ぼすギャンブル問題に直接的な影響を受けるために、その問題に対して融通の利かない状況、あるいはギャンブルによってもたらされた借金への対応、家族間の不和等の状況への対処のために、てんやわんやな状況になっていることが推察される。また、家族の絆もバラバラになっていく、あるいは問題に対処するためにベッタリとした状況になるという状況もあったものと考えられる。アルコール依存症者については、家族機能が治療予後に及ぼす影響について報告されているものの（西川、2006）、病的ギャンブラーについては同様の報告は見られない状況である。今後、このような観点からの検討もしていく必要がある。

5.4.2 病的ギャンブリングの動機とその後の結果への対処

ギャンブルの動機には、ギャンブル問題からの逃避、人間関係の円滑化、日常生活の中での気分転換、遊びとしての楽しみ、金銭を得るための手段の5つがあり、男性は女性に比べてギャンブルを「遊び」、「楽しみ」として用いる傾向がある。Leeら（2007）は、病的ギャンブリングの動機には楽しみ、興奮、金銭、回避的動機があり、特に金銭的な動機の重症化には、楽しみ、興奮、回避的動機がそれぞれ独立して影響することを示している。本研究では、Leeらの示した動機に加えてギャンブルを人間関係の円滑化や、日常生活の中での気分転換として使用していることが示された。特に、非西洋文化圏である日本は集団主義的な文化であり、曖昧、沈黙、腹芸、（非）個人主義、恥、家族構造が日本文化の特徴を表す概念として論じられている（Susanら、2012）。集団主義である日本人が誘い合っでギャンブルをする、あるいは共通の話題づくりとしてギャンブルをし、集団の中の一員として安定的な地位を得ようとする、つまり人間関係の円滑化のためにギャンブルをするという動機は、我が国特有の動機である可能性が考えられる。また、本研究で示したギャンブルの動機5つのうち、「人間関係の円滑化」、「日常生活の中での気分転換」、「遊びとしての楽しみ」の3つはSOGSとの相関を認めなかった。これは、ギャンブルに起因する問題が生じていない、あるいは問題が生じていても対処可能な範囲でとどまっている者が示す、ギャンブルをする動機であるためと考えられる。つまり、本研究で示したギャンブルの動機は病的ギャンブリングが進行した段階にとどまらず、ギャンブルを始

めた当初の動機も含まれていると言える。このことから、病的ギャンブラーのみならず、病的ギャンブラーへと進行するリスク判断のためにも有用であると考えられる。

さらに **Martinsa** ら (2004) は、女性は男性に比べて自殺企図が多く、一方男性は女性に比べ危険な性行為とアルコール乱用が多いと報告している。本研究では、ギャンブル後に生じる事柄として、ギャンブル問題からの逃避、人間関係の円滑化、日常生活の中での気分転換、遊びとしての楽しみ、金銭を得るための手段といった動機に対して期待どおりの効果を得る場合と、ギャンブルをする前より状況が悪化する、金銭を失う、空虚感に苛まれるといった望まない結果となる場合があり、**SOGS** 得点が高い者はそうでない者に比べて状況が悪化する得点である金銭を失う得点、空虚感に苛まれる得点が高い結果となった。他方、ギャンブルをし過ぎた時の対処法として、男性はその責任・原因の転嫁得点が女性に比べて有意に高く、また、**SOGS** 得点が高い者は低い者に比べてギャンブルの制限得点が高い結果となった。この結果を考慮すると、**SOGS** 得点が高い者は自身が期待せざる結果を得ることが多く、特に男性は自身が期待しない結果を得た場合、その理由を自分のギャンブルの仕方としてとらえるのではなく、それ以外の要因に由来させる、いわゆる理由づけをしやすい傾向がうかがえる。本研究において、ギャンブルをする動機としてギャンブル問題からの逃避、金銭を得るための手段は **SOGS** 得点が高いほど有意に高い得点を示した。つまり、**SOGS** 得点が高い者ほど期待せざる結果をもたらす要因、すなわちギャンブル問題から逃避をし、その原因を別の要因に転嫁させ、金銭を得るための手段としてギャンブルをしているものと考えられる。しかし、この状況が継続されることで性別にかかわらず **Martinsa** らの示すような自殺、危険な性行為、アルコール乱用といった状況に陥る危険性も考えられる。そのため、病的ギャンブリングが深刻化する以前に病的ギャンブラーになり得るような危険なギャンブルをしている者を発見し、自殺企図や危険な性行為と、アルコール乱用等を予防していくことが必要である。

5.4.3 病的ギャンブリングに影響する要因

Gran ら (2012) は、病的ギャンブリングに影響する要因には性差があることを報告している。その報告によると、女性は非戦略的にギャンブルをしており、重症度を高めるのは気持ちを高める、不安への対応といった目的でギャンブルをする者と、感情障害の既往のある者、遅めの発症、一親等内にギャンブルやアルコールの問題を持った者がいることが影響する一方、男性は、アルコール使用障害や物質使用障害歴が影響しているとしている。本研究では、**SOGS** 得点と **K6** 得点、**CAGE** 得点との間に関連は認めなかった。しかし、女性に関しては対象者数が少なく、限定的な結果となっており、**Gran** の示した結果と比較することは困難である。他方、アルコールに関しては、統計学的な差は認めなかったものの、**CAGE** 得点で2点以上を示す者が48名おり、この48名の中には **Gran** が示すようにアルコール使用を併発しているために病的ギャンブリングが重症化している者が含まれている可能性が考えられる。そのため、ギャンブルの問題のみならず、ギャンブルの問題を重症化させる可能性のあるアルコール問題への対応も求められる。

SOGS を従属変数とした階層的重回帰分析では、第3ステップに投入した項目の中で **SOGS** 得点と有意な関連が認められたのは「年齢」、「性別」、「サービス職業」、「金銭を得るための手段」、「制限」であった。先に述べたとおり、病的ギャンブラーは男性に多く、**SOGS** 得点との直接的な関連があるものと考えられる。また、時間の経過とともにギャンブル問題が深刻化していくこと、ギャンブル問題の深刻化に伴いギャンブル後に生じる結果が自身の期待しない結果となり、それに対処していくように、関連する要因が増加していくことを考慮すると、**SOGS** 得点と年齢とに関連があるという結果

は現状を反映しているものと考えられる。

研究 2 より、サービス職業の中の営業職では所属する機関以外の場所に出向いて仕事をするため、ギャンブルをする時間を確保しやすいということが語られた。本研究では職業と病的ギャンブリングの関連についての報告は確認できないものの、ギャンブルをする時間を確保しやすい、ギャンブルをしていても不信感を抱かれることのない職場、過剰なストレスのある職場環境や仕事内容であるなど、職種や職場環境が病的ギャンブリングに関連することは十分考えられる。今後は病的ギャンブラーに対してより詳しく職業を確認し、職種による予防策を検討していく必要もあろう。

さらに、金銭を得るための手段、制限については先にも述べたとおり、病的ギャンブリングに直接的な影響を及ぼす。ギャンブルをし過ぎた時の対処法として、ギャンブルをする時間や頻度を制限しようとしてもそれに反してギャンブルをしてしまう場合には病的ギャンブリングが進行している可能性がある。この時、ギャンブラー本人が自身の状況に気付き、病的ギャンブリングのさらなる進行を防ぐことができるような情報提供をしていくことが必要であろう。

他方、第 2 ステップでは「ギャンブル問題からの逃避」が SOGS 得点と有意な関連を認めていたが、第 3 ステップでは有意な関連を示さなくなっている。これは、金銭的な問題がより強い影響を及ぼし、ギャンブル問題から金銭問題へと問題の深刻さが移行していったことが関連していると考えられる。つまり、金銭問題の深刻化に伴いギャンブラーの意識は金銭に集中し、それ以外のことに注意を向けることが困難な状況になると推察される。このことを考慮すると、自身の収入の範囲を超えるギャンブルをし始める段階で、ギャンブラーが自分自身のギャンブルの仕方を振り返ることができるような環境を整えていく必要性が示唆された。

5.4.4 病的ギャンブリングに至る段階に応じた介入方法の検討

先にも述べたとおり、本研究では、ギャンブル後に生じる事柄として、ギャンブル問題からの逃避、人間関係の円滑化、日常生活の中での気分転換、遊びとしての楽しみ、金銭を得るための手段といった動機に対して期待どおりの効果を得る場合と、ギャンブルをする前より状況が悪化する、金銭を失う、空虚感に苛まれるといった望まない結果となる場合があり、SOGS 得点が高い者はそうでない者に比べて状況が悪化する得点、金銭を失う得点、空虚感に苛まれる得点が高い結果となった。他方、ギャンブルをし過ぎた時の対処法として、男性はその責任・原因の転嫁得点が女性に比べて有意に高く、また、SOGS 得点が低い者は高い者に比べてギャンブルの制限得点が有意に高かった。この結果から、期待どおりの結果を得ることができている段階と、望まない結果を得るようになった段階の 2 つの段階があることがわかる。これに、性別、年齢、家族や友達にギャンブルをする者がいるか否か、アルコールの問題を持つ家族がいるか否か、精神的合併症の有無、本人のアルコール使用の有無を加えたアセスメントが求められる。

まず、ギャンブルを開始する時点で家族や友達にギャンブルをする者がいる場合や、アルコールの問題を持つ家族がいる場合は、病的ギャンブリングに移行しやすい傾向があるという知識を持っているか否かが重要であると考えられる。そのためには、ギャンブルに興味・関心を抱きつつも開始には至っていない中学生、あるいは高校生といった早い段階から病的ギャンブリングに関する知識を提供していくことが必要である。また、家族にお金を求め、あるいは毎日帰宅時間が遅いといった状況がある場合、ギャンブルにのめり込んでいる、あるいはのめり込み始めているサインである可能性がある。そのような状況を認めた場合、家族はギャンブラーからその理由を確認していくことが必要であると考えられる。これに加え、精神的合併症やアルコールの使用はギャンブルへののめり込みを加速させ

る可能性がある。精神的合併症等で医療機関を受診している場合はギャンブルが影響している可能性もあるため、医師はギャンブルをするか否かとその状況を確認していくことも必要であろう。

望まない結果を得るようになった段階では、ギャンブルの動機が金銭を得ることに集中される。このことから、動機づけ面接等を用いてギャンブルをしている本人が動機の変化に気づくことができるような支援が必要であろう。これに加え、ギャンブルをするに伴い空虚感に苛まれることを経験している場合は、カウンセリングを用いて状況の認識を確認するとともに、ギャンブルが与える影響や、ギャンブルを中断できるような動機を持つことができるような介入も有用であろう。また、家族は、日常生活の場面でギャンブラー本人が責任転嫁をするような発言をするようになったときには、ギャンブルをはじめとする何らかの問題が生じている可能性を考えられるようにしていくことが必要である。さらに、ギャンブルをしている本人はお金の工面に追われて自身が置かれている状況を冷静に判断することができない状況が推察される。そのため、お金を貸す側の金融機関も、病的ギャンブリングの可能性を考慮した対応をしていくことが求められる。

また、家族機能については「融通なし」と「てんやわんや」、「バラバラ」と「ベツタリ」といった傾向がみられる。こういった傾向のある家族は病的ギャンブリングをはじめとするアディクションに罹患しやすい傾向があり、家族が相互に意識し合うことも重要であろう。他方、家族機能のバランスを取ることができていた家族が「融通なし」や「てんやわんや」、「バラバラ」や「ベツタリ」等と変化している場合は何らかの問題が生じている可能性もある。変化を感じた場合には、お互いの状態を確認し合うことが必要であり、確認し合うことで問題が深刻化していくことを防ぐことに繋がるものと考えられる。

5. 5 本研究の限界と今後の課題

本研究では、病的ギャンブラーからの質問紙調査により、病的ギャンブラーの背景的特徴、ギャンブルの動機、その後の結果、結果に対する対処法等の特徴や、病的ギャンブリングに影響を及ぼす要因を掴むことができた。しかし、今回は病的ギャンブラーと判定できる者への調査であり、問題のないギャンブルをしている者や、問題を抱えながらも社会生活に影響を及ぼさない範囲で踏みとどまっている者の状態までは反映できていない可能性がある。このことから、今後は多様な段階にある者への調査を行い、我が国におけるギャンブルの実態やギャンブラーの特徴等も明らかにし、ギャンブラーの特徴に応じた介入方法を検討していく必要がある。

5. 6 まとめ

病的ギャンブラー176名の質問紙調査から、病的ギャンブラーの背景的特徴、ギャンブルの動機、その後の結果、結果に対する対処法等の特徴や、病的ギャンブリングに影響を及ぼす要因を示すことができた。我が国における病的ギャンブラーの9割は男性であり、病的ギャンブラーの8割は20歳までにギャンブルを経験し、9割を超える者が習慣的にパチンコあるいはパチスロをしている。また、病的ギャンブラーの家族の6割はギャンブルをするという背景がある。

病的ギャンブリングの段階には期待どおりの結果を得る段階と望まない結果を得る段階があり、前者はギャンブルをする動機を満たし、後者はギャンブルをする前より状況を悪化させる。また、ギャンブルをし過ぎた時には、男性はその責任・原因を他者に転嫁、SOGS得点が低い者ではギャンブル

の制限をして対処しようとしていた。これに、性別、年齢、家族や友達にギャンブルをする者がいるか否か、アルコールの問題を持つ家族がいるか否か、精神的合併症の有無、本人のアルコール使用の有無を加えたアセスメントが求められる。

病的ギャンブリングへの罹患、あるいは深刻化を防ぐためには、病的ギャンブリングや、それに罹患しやすい傾向に関する知識を持つことが必要である。また、お金の使い方や帰宅時間等、相互に現状を把握できるよう家族間のコミュニケーションが重要である。また、医療従事者は精神的合併症と病的ギャンブリングの関連を考慮したかかわりが求められる。他方、望まない結果を得るようになった段階では、ギャンブラー本人が自己のギャンブルへの動機の変化に気づくことができるような支援や、ギャンブル問題の深刻化に伴う徴候への対応が求められる。また、家族は、日常生活の場面でギャンブラー本人の言動の変化を察知した対応、金融機関は、病的ギャンブリングの可能性を考慮した対応が求められる。

第 6 章

総合考察

第6章 総合考察

本研究では、アルコール依存症や病的ギャンブリングに至る前の段階で危険な飲酒、あるいは危険なギャンブルをしている者を発見し、介入することで重症化を予防していくことを目指し、以下の研究を行った。その主な目的は次の3点であった。

1. アディクションに至るプロセスと、それに関わる心理行動特性を明らかにする
2. アディクションの進行を予防・介入するポイントを明らかにする
3. 物質アディクションと行動・過程アディクションのプロセスと介入について、共通点と相違点を明らかにする

上記、2点の目的に沿って、以下の4つの研究を行った。

研究1 危険な飲酒（Hazardous drinking）の認識における変化のプロセス

【目的】アルコール依存症患者と家族の語りから、危険な飲酒（Hazardous drinking）の認識が変化していくプロセスを比較することで、患者及び家族への介入時期・方法を検討する

研究2 危険な飲酒（Hazardous drinking）を予防するための飲酒リスクの判断に関する研究

【目的】健康な飲酒と危険な飲酒との違いを比較することで飲酒のリスクを判断し、本人及び家族に対して飲酒のリスクに応じた対処スキルの指導に繋げるための基礎的資料を作成する

研究3 危険なギャンブリングの認識における変化のプロセス

【目的】過程・行動アディクションである病的ギャンブリングに焦点を当て、病的ギャンブラーがギャンブルを開始してから問題が深刻化し、援助に辿りつくまでの当事者の認識を明らかにする

研究4 病的ギャンブリングの重症化に影響する要因と、段階に応じた介入方法の検討

【目的】病的ギャンブラーの特徴を明らかにすること、そして、病的ギャンブリングに影響する要因を検討し、本人及び家族に対して重症化を予防するための対処スキルの指導に繋げるための基礎的資料を作成する

上記、4研究において、目的1であるアディクションに至るプロセスと、それに関わる心理行動特性について検討した。そこで、本項では、目的1で明らかにした結果を基に、目的2、目的3に沿って考察を深めていく。

6. 1 アディクションの進行を予防・介入するポイント

6.1.1 危険な飲酒の進行を予防・介入するためのポイント

我が国特有の飲酒やそれに伴う酔いに寛容な文化から、アルコールはコミュニケーションを円滑にし、結果的に酔うことが良い効果をもたらす一方、この文化ゆえにアルコール問題が深刻化するまで医療に繋がりにくいという側面も合わせ持つ。このことが、アルコール問題を持つ人への介入を困難にさせる一因となっている。

まず、研究1において過去の飲酒行動やその状況を振り返ることで、アルコール依存症者本人と家族それぞれの特徴的な認識と、アルコール問題が深刻化していくプロセスが明らかとなった。

健康的な飲酒からアルコール依存症へと飲酒行動が変わっていくプロセスは、《お酒の効用を求め

る》、《直視し難い現実から逃れる》、《健康上の障害が出現する》、《飲酒への自制が利かなくなっていく》の4つの段階を辿っている。第2段階から本人と家族の認識の相違が現れる。第3段階以降、本人・家族間のコミュニケーションが不足することで認識や感情の相違が大きくなっていく。第4段階目では本人と家族の認識の共通点が見られなくなり、家族からの飲酒に関する否定的な反応が否認を強めることに働きかけ、自己防衛を高めている。このように、本人と家族とで問題を認識するのに時間的差異が生じることで、飲酒問題がより深刻化するという負の連鎖がもたらされることに影響している。

さらに、第2段階では健診前には禁酒することで飲酒に伴う健康問題を指摘されることはなかったものの、第3段階では指摘されるようになる。この結果を研究2から得られた結果と併せて考えると、1・2段階が低リスク、第3段階が高リスク、第4段階が飲酒による問題が顕在化した状態と考えることができる。

1・2段階にある者は、身体的・精神的・社会的に問題のない飲み方を継続していくことが重要である。飲酒量を増加させるリスク要因としてメンタルヘルスの不調和が挙げられ、研究1では現実生じている出来事に対処する、あるいは忘れるための原動力としてアルコールを用いている現状も伺えた。危険な飲酒を防ぐためには良好なメンタルヘルスを保つことが重要である。そのためには必要時カウンセリング等を受け、生じている事柄への対処方法と、精神的な安定を保つための技術を備えらえるような体制をつくっていくことが重要である。

3段階にある者は、「人間関係の円滑化」を求めて飲酒をしているために「人と飲む」機会が多く、飲酒量が増加している傾向が伺える。さらに、仕事や家庭生活等、日常の中で生じるストレスへの対処として飲酒をしている段階でもある。この段階では、飲み過ぎた翌日には飲酒量を減らす等の対応ができなくなる、飲酒をする動機が変わる等が危険なサインである可能性がある。これに加え、アルコールにより人間関係に変化が生じる、あるいは健康に影響を及ぼす場合も同様の可能性が考えられる。しかし、この段階では、自身の飲み方を改善する必要性を感じながらも、自分は大丈夫、もしくはまだ大丈夫といったアンビバレントな状態が出現しており、葛藤しつつも自分自身で問題を抱え込んでいる状態であるともいえる。この段階での対応として、まず、アルコールの専門医療機関や、アルコールに精通している相談機関等に相談することが重要である。そのためには、産業保健分野、救急医療、内科をはじめとする一般診療科で危険な飲酒に関するスクリーニングを行い、飲酒問題が深刻化する前の段階でアルコール医療や相談の専門家に繋げるようなシステムを構築していくことが重要である。この段階では先に述べたとおりアンビバレントな状態ではあるが、飲酒により生じる結果に対応可能であると考えられるため、アルコールの専門医療機関や、アルコールに精通している相談機関等で現状の認識とそれに対する対応可能性を評価し、それぞれに応じた介入をしていくことが求められる。そこで飲酒行動を変容する必要があると評価された場合には、アンビバレントな状態に寄り添い、共感しつつ現実に生じている事柄を正したいという認識を膨らませて行動変容へ結びつけるための手法である動機づけ面接を用い、飲酒行動を変容するための援助をすることが重要である。また、大酒飲みの家族がおり、かつAUDITにおいて高リスクと判定される者については飲酒が日常生活に影響を及ぼしているか否かを詳細にアセスメントした上で、継続的な観察と、支援が必要であると考えられる。

4段階にある者は、飲酒による問題が顕在化した段階である。この段階では飲酒への自制が利かなくなっていく。そのため、アルコールにより生じた失敗や他者との関係性、自分自身の心理的な変化等が生じ、それを改善するために飲む傾向が伺える。さらに、アルコールにより生じた失敗、人間関

係・心の変化や、その他望まない事態が生じて飲み方を変化させない（またはできない）、あるいは人と飲むことを避け、一人で飲む等の傾向がある場合には、危険な飲酒が深刻化しているサインである。アルコールがもたらすマイナス面が露呈した場合、家族をはじめとした周囲の者から頻回にアルコール問題を指摘される一方、本人は気づいていながら行動変容できない状態にある。また、他者からの助けを求めているものの、それを表現できない状況にある。このことから、本人を取り巻く人も協力し、本人を追い込むことで否認を強める声掛けを避けながらアルコールの専門医療機関に繋げることが重要である。

家族に着目すると、断酒会に所属する者には「融通なし」や「てんやわんや」、「ベツタリ」や「バラバラ」という特徴が示されており、医療機関に所属している者にみられた「柔軟」がみられなくなっている。研究1で明らかとなったように、アルコールによってもたらされる問題が露呈することで家族は本人に飲み方の変容を求めるようになる。この他、飲むことに嫌悪感を抱く家族や、長期にわたり飲み続けている状態を見続けていることからアルコールに関する感覚が鈍麻する等してアルコールとの関連を見出せない家族等があり、飲酒の深刻化により家族機能が変化していったものと考えられる。研究1で明らかとなった通り、これは、患者の飲酒問題に対する家族の気づきにも影響する。このことから、家族機能の変化が生じ始めた段階で危険な飲酒をしている本人とその家族がアルコールの相談機関に繋がり支援を受けることが必要であり、このようなシステムをつくっていくことが求められる。そのための手がかりとして、まず、医療者からの指摘や警察介入等を契機に患者の飲酒問題に気付いた家族は、CRAFT等を用い、問題の深刻化を防ぐための働きかけをすることが重要である。2章でも述べたが、CRAFTは本人に関係する家族または友人を通じて本人の行動変容への動機づけに取り組み、治療を拒否している本人を治療に繋げる科学的に支持された介入方法である(Smithら、2012)。医療や警察の介入が必要となる出来事への遭遇は医療介入のチャンスと考え、その場で医療従事者によるブリーフ・インターベンション(brief intervention)を行っていくことを提案したい。他方、患者の飲酒問題に気付かなかった家族のうち、依存症の事を知らない家族や多量飲酒に対して違和感を抱かない家族に対しては、テレビや新聞、雑誌、地域の広報誌や健診の場面、インターネット等で依存症に関する知識、及び健康障害を引き起こすような危険な飲み方の特徴に関する情報を提供し、アルコール医療・相談の専門家に相談しやすい体制をつくっていくことが必要である。これにより、これまで見過ごされてきた段階での医療介入に繋がれる可能性がある。また、患者が飲んでいる状況にさらされ続けて感覚が麻痺してしまっている家族に対しても同様に情報提供をしつつ、相談があった時には家族のケアをしていくことが重要であると考えられる。

6.1.2 病的ギャンブリングの進行を予防・介入するためのポイント

パチンコやパチスロは我が国特有のギャンブルであり、世界一のゲーム機保有台数を誇る我が国では、日常的に行いやすいギャンブルであるといえる。そのため、年間に日本国民の1割がパチンコやパチスロを経験していることになる。これに加え、表面化しにくい借金問題が、病的ギャンブリングへの介入を困難にさせる要因となっている。

まず、研究3において病的ギャンブラーがギャンブルを開始してから治療やSHGに繋がるまでのプロセスが明らかとなった。

病的ギャンブリングへと問題が深刻化していくプロセスには《ギャンブルの効果を体験する》、《お金をやりくりしながらギャンブルを楽しむ》、《ギャンブルへの動機づけが強化される》、《金銭の入手経路を多様化する》、《病気という認識がなく、借金・返済の自転車操業に陥る》、《追い込

まれ、治療や施設に結びつく」の6つのステップがあり、このステップを行きつ、戻りつしながら病的ギャンブリングへと進行していくことが見出された。4段階まではギャンブラー本人と家族は出会っていない、もしくは出会っているとしても本人は家族にはギャンブルをしていることを伝えない、あるいは伝えていたとしても問題となっていることは伝えていないため、家族はギャンブルの問題を知らずに過ごすこととなる。5段階で初めて借金の事実が家族に知られることが示されたが、本人が家族に借金の事実を隠すことが困難な状態となるまで家族はギャンブルやそれに伴う借金に気付かず、借金の事実が発覚した際には家族が借金を返済する役割を担っていた。また、借金が発覚した際に、家族は借金をすることとなった根本的な原因までは確認しない、借金とギャンブルが結びつかない、あるいはギャンブル依存症という病気があること自体知らなかったことで、借金という事実のみに意識が集中するという状況があった。その後、家族が先にSHGに繋がり、借金への対応を辞めことでギャンブラー本人は追い込まれていき、最終的に治療や施設、SHGに辿りつくこととなるのである。

研究3の結果を研究4から得られた結果と合わせて考えると、1・2段階はギャンブルをする動機を満たす結果が得られており、4段階までは問題がありながらも動機を満たせていたものと考えられる。5・6段階では望まない結果を得て、意識が金銭に集中している段階と考えることができる。

1・2段階では、ギャンブルをすることによる正の効果を求めてギャンブルを楽しんでいる。この時青年期にある者が多く、好奇心が強く、衝動性が強い時期でもある。この段階で、病的ギャンブラーにみられる特徴的なお金の使い方や、認識をしている場合がある。「あればあるだけお金を使う」傾向のある者や、友人等にお金を借りることに抵抗感のない者はてっとり早くお金を手に入れる手段としてギャンブルを選択したり、サラ金から融資を受けることを選択したりしやすい傾向がみられる。このような特性は、病的ギャンブラーとなり得る危険なサインであると考えられる。このことから、家族間（両親や兄弟等）でお金の認識や使い方について話し合う機会を設けたり、言動を注視したりしていくことが重要である。

また、ギャンブルを開始する時点で家族や友達にギャンブルをする者がいる場合や、アルコールの問題を持つ家族がいる場合は、病的ギャンブリングに移行しやすい傾向があるという知識を持つことが重要であると考えられる。さらに、研究3より、未成年のうちにギャンブルを開始し、学校の授業よりもギャンブルが優先される、暇さえあればギャンブルをする、暇つぶしにギャンブルをする等の傾向がある場合、趣味がギャンブルとなる、あるいはギャンブルをすることがストレスへの対処行動として選択される傾向が伺えた。このような傾向がある者は、あらゆるストレスがギャンブルをする理由となり、その理由によりギャンブルをすることが正当化され、危険なギャンブルへと繋がるリスクを孕んでいる。このことから、ギャンブルに興味・関心を示しつつも開始するには至っていない中学生、あるいは高校生といった早い段階から病的ギャンブリングについての知識を提供し、お金の使い方や、病的ギャンブリングのリスク要因、危険なサインと対応等について考える機会を設けることが必要である。

3・4段階では、ギャンブルをする時間や頻度が増加し、それに伴いお金が不足するため金融機関からの融資（サラ金からの借金）を受けるようになる。この時は社会人であることが多く、金銭管理もギャンブラー本人が行うこととなるため家族（両親や兄弟、結婚している場合は妻や夫）は状況を把握しにくい状況にある。このような状況において、家族にお金を求める、あるいは毎日帰宅時間が遅いといった状況がある場合、ギャンブルにのめり込んでいる、あるいはのめり込み始めているサインである可能性がある。そのような状況を認めた場合、家族はギャンブラーからその理由を確認していく

ことが必要であると考えられる。これに加え、精神的合併症やアルコールの使用はギャンブルへのめり込みを加速させる可能性がある。精神的合併症等で医療機関を受診している場合はギャンブルが影響している可能性もあるため、医師はギャンブルをするか否かとその状況を確認していくことも必要であろう。ここでギャンブルと精神症状との関連が認められた場合は、アルコールや薬物の問題を持つ者に対して用いられている動機づけ面接を行い本人が問題を認識できるようにすることで、問題の深刻化を防ぐことができる可能性がある。その際には家族も含めた介入を行い、家族が CRAFT により本人の行動変容への動機づけを強化すること、そして生じている、あるいは生じ得る問題への対応方法を家族が習得できるような援助が必要である。医療従事者によるこれらの介入は、ギャンブルやそれに伴う借金の問題が深刻化した段階においても有用であると考えられる。

さらに、営業職では取引先を訪問する時間をギャンブルに費やすことが可能であり、また、ギャンブルの種類によってはネット上でも投票可能なものもある。昨今、ギャンブル場に行くことなく仕事の合間にギャンブルができ、その結果、使用可能な範囲のお金では賄いきれなくなる。研究 3 より、金融機関からの融資を受けるとそのお金は自分の「預金」や「隠し財産」という意識に代わり、短期間のうちに多重債務に陥ることが示されている。これにより、さらに意識がギャンブル(あるいは金銭)へと向く結果、仕事のパフォーマンスを下げることに繋がり、経済的損失を招くこととなる。このような状況を回避するためには、病的ギャンブリングは社会的問題であるという認知度を高めることが必要である。研究 3 より病的ギャンブリングに関する情報入手経路としてインターネットや書籍・雑誌を用いられていることが示されている。そのため、これらの媒体に病的ギャンブリングに関する情報を掲載することも有用であろう。そして、アルコール健康障害対策基本法のように国・地方公共団体・国民・医師等・健康増進事業実施者と、事業者の責務を規定することで、お金を貸す側の金融機関にも病的ギャンブリングの可能性を考慮した対応を求めることが必要であると考えられる。

5・6 段階では、度重なる借金をするものの、病気という認識がないために借金・返済の自転車操業に陥るようになる。借金をしていてもギャンブルをすることができていればなんとかなるという認識であるが、返済期限が近づくことで借金が現実のものとして認識される。現実のものとして認識されるとなお、負けを取り戻そうとして冷静さを欠いたギャンブルを繰り返し、返済不可能な状態となる。つまり、ギャンブルの動機が金銭を得ることに集中されている状態にある。このとき、ギャンブルをしている本人が動機の変化に気づくことができるような支援が必要であろう。これに加え、ギャンブルをすることに伴い空虚感に苛まれることを経験している場合は、カウンセリングを用いて状況の認識を確認するとともに、ギャンブルが与える影響や、ギャンブルを中断できるような動機を持つことができるような介入も有用であろう。さらに、ギャンブルをするための「嘘」や「理由づけ」が繰り返されるため、周囲の人との関係としては尊敬を失っていくこととなる。この時、日常生活の場面でギャンブラー本人が責任転嫁をするような発言をするようになったときや、つじつまの合わない言動がみられるようになったときは、ギャンブルをはじめとする何らかの問題が生じている可能性を考えられるようにしていくことが必要である。

さらに、借金・返済を繰り返す中で病的ギャンブリングは深刻化していき、お金の工面に追われて自身が置かれている状況を冷静に判断することができない状況や、うつ状態となり社会生活を営むことができない者や、アルコール使用障害を併発する者もいる。精神症状によりギャンブラー本人が医療機関を受診した際、医師は病的ギャンブリングを考慮した診察が必要である。

また、家族機能については「融通なし」と「てんやわんや」、「バラバラ」と「ベッタリ」といった傾向がみられる。こういった傾向のある家族は病的ギャンブリングをはじめとするアディクションに

罹患しやすい傾向があり、家族が相互に意識し合うことも重要であろう。他方、家族機能のバランスを取ることができていた家族が「融通なし」や「てんやわんや」、「バラバラ」や「ベッタリ」等と変化している場合は何らかの問題が生じている可能性もある。変化を感じた場合には、お互いの状態を確認し合うことが必要であり、確認し合うことで問題が深刻化していくことを防ぐことに繋がるものと考えられる。

6. 2 物質アディクションと行動・過程アディクションのプロセスと介入における共通点と相違点

6.2.1 物質アディクション（アルコール）と行動・過程アディクション（ギャンブル）の共通点

共通点として、4点挙げられる。

1点目は、問題が出現する以前にはアルコールやギャンブルは人と関わる機会や話題作りに有用であると考えており、本人にとっては好ましい効果を得るための手段として選択していることである。諸外国においても、人との関わる際に、過度な不安、緊張といった困難を抱く者が一時的にそれを改善する効果（Khantzianら、2013）、つまり「社交円滑油」的効果としてアルコールを使用することは報告されている。しかし、ギャンブルを人間関係の円滑化として用いるという点は、我が国の特徴的な動機であると考えられる。人間関係の円滑化のために飲酒やギャンブルを用いることは、和を重んじる我が国の文化を象徴していると考えることができ、極めて日本人らしい特徴であるといえる。

2点目は、ストレス・コーピングとして当該アディクションを用いていることが挙げられる。法的側面からの判断を考慮せずに述べるのであれば、何れのアディクションも未成年のうちに開始されることが多い。そして、早い段階でアルコール、あるいはギャンブルが現実逃避の手段となり得ることを学習することとなる。そして、社会人となり、仕事をはじめとした社会的ストレスを受けた際に、早くから覚えた逃避行動の手段を頻回に用いるようになり、依存が形成されていった。

3点目は、家にいない状況が作られることである。危険な飲酒のリスクが低い時には、他者と飲むことが多い。他方、ギャンブルはギャンブル場ですることがほとんどであり、本人は家にいない状況が作られる。危険な飲酒をしている本人やギャンブラーは、問題が生じていたとしてもその事実を家族に話すことはなく、家族はその状況に気付かない状況がある。

4点目は、家庭が安らげる場ではないということが挙げられる。Khantzianら（2013）によって、心理的な痛みを持ち、脆弱性を抱えた者がアルコール等の物質やギャンブル等の行動により束の間の、他では得られない安らぎを発見した場合、その物質や行動に頼らざるを得なくなってしまうという自己治療仮説が示されている。本研究では、家庭内で安らげないという状況があり、家族や友人に誘われる、あるいは何となく使用する等、何らかのきっかけにより出合った当該アディクションをすることで束の間の安らぎを覚え、そのことが気持ちの整理に繋がっていたと考えられる。

6.2.2 物質アディクションと行動・過程アディクションの相違点

相違点としては、2点挙げられる。

まず1点目は、問題が深刻化していく過程で現れる症状が挙げられる。アルコールは酔っている状態を周囲が察知することが可能である。また、身体疾患等も出現し、身体症状として現れる。危険な飲酒の継続により飲む場所は外から家へと変化していくため、多くの場合家族は飲んでいない状況や、それによる変化を確認することが可能となる。一方、ギャンブルは問題が深刻化するとより家に帰らない状況（帰宅が遅い等）となり、本人と家族の関わりが希薄になる。また、問題の中心が金銭的な

ものであり、本人が家族に隠しきれない状態となるまでその事実が顕在化しない状況にある。この点がアルコールとギャンブルで大きく異なる点である。

2点目は、本人に対する家族の思いと表現の仕方が挙げられる。アルコールは生命の危機的状況にさらされたり、飲酒により酩酊した状態に直面したりする。そのため、家族は心配になり、本人の飲酒を止めさせようと手を尽くす。本人は飲んでいることを家族に知られないようにするため、隠れ酒をするようになっていく。他方、ギャンブラーの家族は借金に対して「恥」と「恐れ」を持ち、それを怒りとして表現する。借金をしたことに怒り、二度と借金をしないよう怒り、家庭内は常に緊張状態となっていた。

6. 3 本研究の限界と今後の課題

本研究は、本人、及び家族のアディクションに対する認識とそのプロセスを明らかにし、プロセスに応じた対策を検討することができた。しかし、以下の点までは検討することができず、今後の課題として検討を重ねる必要がある。

研究1では、患者と家族の語りにより、アルコール関連障害を持つ者の認識や、考え方を掴むことができた。また、研究2では、医療機関に所属する者と断酒会に所属する者への質問紙調査により、危険な飲酒のリスクとなり得る背景的特徴、飲酒をする動機、その後の結果と認識、結果に対する対処法等の特徴や、危険な飲酒に影響を及ぼす要因を掴むことができた。しかし、面接調査ではアルコール依存症に罹患した者の回顧的なデータであり、危険な飲酒をしている者が実際にその状態を表現することは保証されていない。また、質問紙調査では、今回は医療機関と断酒会を対象とした調査であるため年齢や性別に偏りのある対象であり、一般集団と比較して危険な飲酒のリスクが高い対象であった可能性がある。さらに、家族システムの障害や精神疾患の合併等、十分に検討するまでには至らなかった。そのため、我が国における危険な飲酒をしている者の状態を反映できていない可能性がある。このことから、今後は未成年者に対して家族の飲酒状況を問う調査、あるいは職域での調査等を行い、一般集団の中で問題のある飲酒をしている者や、問題を抱えながらも社会生活に影響を及ぼさない範囲で踏みとどまっている者、家族のいない者、あるいは家族システムや精神疾患の合併等も含め、多様な段階、多様な状況にある者への調査を行い、我が国における危険な飲酒の実態やその特徴等も明らかにし、飲酒の特徴に応じた介入方法、危険な飲酒をしている者がコントロールしながら飲酒を継続していくことへの可能性を検討していく必要がある。

研究3では、病的ギャンブラーの語りにより、ギャンブルを開始してから医療や施設に繋がるまでの状況や、特徴的な認識を掴むことができた。さらに、研究4では、病的ギャンブラーからの質問紙調査により、病的ギャンブラーの背景的特徴、ギャンブルの動機、その後の結果、結果に対する対処法等の特徴や、病的ギャンブラーに影響を及ぼす要因を掴むことができた。研究蓄積のないこの分野において、いずれも貴重な資料となり得る。しかし、今回は病的ギャンブラーと判定できる者への調査であり、問題のあるギャンブラーの重症化を防ぐという視点での検討にとどまり、問題のないギャンブルをしている者や、問題を抱えながらも社会生活に影響を及ぼさない範囲で踏みとどまっている者状態までは反映できていないものと考えられる。これに加え、家族システムの障害の有無や精神疾患の合併等も十分に検討するまでには至らなかった。このことからアルコール同様、今後は多様な段階にある者や、家族のいない者、家族背景や精神疾患の合併等も含め、多様な状況にある者への調査を行い、我が国におけるギャンブルの実態やギャンブラーの特徴等も明らかにし、ギャンブラーの特徴

に応じた介入方法を検討していく必要がある。

第 7 章

結論

第7章 結論

1. アルコール依存症専門病棟に入院している患者と当時同居していた家族 15 組の面接調査から、患者と家族におけるアルコール問題が深刻化していく過程の認識の相違を、医療機関に所属する者 88 名、断酒会に所属する者 85 名の質問紙調査から、危険な飲酒のリスクとなり得る背景的特徴、飲酒をする動機、その後の結果と認識、結果に対する対処法等の特徴や、危険な飲酒に影響を及ぼす要因を示すことができた。
2. 病的ギャンブラーとその家族 8 組の面接調査から、ギャンブルを開始してから医療や施設に繋がるまでの状況や特徴的な認識を、病的ギャンブラー176名の質問紙調査から、病的ギャンブラーの背景的特徴、ギャンブルの動機、その後の結果、結果に対する対処法等の特徴や、病的ギャンブリングに影響を及ぼす要因を示すことができた。
3. 健康的な飲酒からアルコール依存症へと飲酒行動が変わっていくプロセスは、「お酒の効用を求める」、「直視し難い現実から逃れる」、「健康上の障害が出現する」、「飲酒への自制が利かなくなっていく」の4つの段階を辿っており、第2段階目から患者と家族の認識の相違が現れる。第3段階目以降、患者・家族間のコミュニケーションが不足することで認識や感情の相違が大きくなっていく。第4段階目では患者と家族の認識の共通点が見られなくなり、家族からの飲酒に関する否定的な反応が否認を強めることに働きかけ、自己防衛を高めている。このように、患者と家族とで問題を認識するのに時間的差異が生じることで、飲酒問題がより深刻化するという負の連鎖をもたらすことに影響している。
4. 飲酒の動機には、問題の棚上げ、日常生活の中での気分転換、人間関係の円滑化、お酒・食事を楽しむ、性的効果を高めるがあった。AUDIT 得点が低い者は各動機の得点が低く、AUDIT 得点が高い者ほど各動機の得点が高い結果となった。
5. 飲酒の動機は問題の深刻化に伴い変化していく。飲み過ぎた翌日には飲酒量を減らす等の対応ができなくなる、飲酒をする動機が変わる等が危険な飲酒の高リスク者の危険なサインであり、アルコールにより生じた失敗、人間関係・心の変化や、その他望まない事態が生じても飲み方を変化させない（またはできない）、あるいは人と飲むことを避け、一人で飲む等の傾向がある場合には、危険な飲酒がより深刻化しているサインである。
6. ギャンブルの問題が深刻化していくプロセスには「ギャンブルの効果を体験する」、「お金をやりくりしながらギャンブルを楽しむ」、「ギャンブルへの動機づけが強化される」、「金銭の入手経路を多様化する」、「病気という認識がなく、借金・返済の自転車操業に陥る」、「追い込まれ、治療や施設に結びつく」6つのステップがあり、問題が深刻化してもなお借金とギャンブルの問題を関連付けることが難しい状況にある。
7. 研究4の対象者は男性が92.1%、女性が8.0%であり、9割が男性であった。また、病的ギャンブラーの8割は20歳までにギャンブルを経験し、9割を超える者が習慣的にパチンコあるいはパチス

ロをしている。さらに、病的ギャンブラーの家族の6割はギャンブルをするという背景がある。

8. ギャンブルの動機には、ギャンブル問題からの逃避、人間関係の円滑化、日常生活の中での気分転換、遊びとしての楽しみ、金銭を得るための手段の5つがあり、初めは楽しみや気分転換、人間関係の円滑化のためにギャンブルをしているが、問題の深刻化に伴い金銭を得るための手段としての動機に限局される。
9. 物質アディクション（アルコール）と行動・過程アディクション（ギャンブル）の共通点は、人間関係の円滑化・ストレスへの対処・現実逃避の為に当該行動をすること、そして、本人は外でアディクション行動をとるため、家族はその問題に気付きにくいことであった。
10. 物質アディクション（アルコール）と行動・過程アディクション（ギャンブル）の相違点は、問題の深刻化の過程で現れる症状と、本人に対する家族の思いと表現の仕方であった。
11. 今回は、アルコール、ギャンブル共に問題が深刻化した者、あるいは一般集団と比較して当該アディクションのリスクが高い可能性のある者への調査であった。そのため、今後は多様な段階にある者への調査を行い、我が国におけるアルコールやギャンブルの実態、危険な飲酒者やギャンブラーの特徴等も明らかにし、その特徴に応じた介入方法を検討していく必要がある。

謝辞

本研究を遂行し学位論文をまとめるにあたり、終始温かい激励とご指導、ご鞭撻を賜りました指導教官である筑波大学医学医療系 森田展彰准教授に心より感謝申し上げます。また、研究全般にわたる多大なご支援、ご指導を賜りました筑波大学医学医療系 社会精神保健学 斎藤環教授、同 大谷保和助教に深く感謝申し上げます。

学位論文審査において貴重なご指導とご助言を頂いた筑波大学医学医療系 大久保一郎教授、同 橋爪祐美准教授、同 太刀川弘和准教授に心より感謝申し上げます。特にグラウンデッド・セオリー・アプローチによる分析に関しましては、橋爪祐美准教授の丁寧かつ的確なスーパーバイズと温かい激励なくして研究遂行は不可能であったことを記すとともに、深甚の謝意を表します。

博士課程在学中、筑波大学大学院 人間総合科学研究科 社会精神保健学研究室の皆様がご助言、ご協力をくださり、また、温かく見守ってくださったことが研究を進めていく上で大きな励みとなったことをここに記すとともに、心より感謝申し上げます。

また、博士前期課程において丁寧なご指導、ご支援を賜り、現在まで温かく見守ってくださっている群馬大学大学院保健学研究科 岡美智代教授に心より感謝申し上げます。

アルコール依存症者とご家族へのインタビューにおきましては、対象者をご紹介いただくとともに、多くのご支援を賜りました医療法人社団翠会 成増厚生病院東京アルコール医療総合センター 蕪澤博一看護長、同 スタッフの皆様にご深く感謝申し上げます。

危険な飲酒に関するアンケート調査におきましては、研究の環境を整えるとともに、ご助言、ご支援を賜りました医療法人社団翠会 成増厚生病院東京アルコール医療総合センター 垣渕洋一医長、前 翠会ヘルスケアグループ 新貝憲利代表、医療法人社団翠会 成増厚生病院 柴田泰伸総務課長、公益社団法人 全日本断酒連盟 大槻元副理事長兼事務局長、NPO 法人 東京断酒新生会 八木真事務局長に心より感謝申し上げます。

病的ギャンブラーとご家族へのインタビュー調査、及びアンケート調査におきましては、ギャンブルの調査に携わる機会をくださった北里大学医学部精神科学 宮岡等主任教授、成瀬メンタルクリニック 佐藤拓院長、医療法人社団天紀会 こころのホスピタル町田 蒲生裕司副院長に深く感謝申し上げます。また、ご助言、対象者への呼びかけや調整、調査用紙の配布等、細部に至るまで丁寧かつ的確に、熱心なご支援を賜りました、社団法人ギャンブル依存症問題を考える会 田中紀子代表、同坂田千枝様に深く感謝申し上げます。

インタビュー調査、アンケート調査にご協力いただきました対象者の皆様にご心より感謝申し上げます。

研究と仕事の両立を支援していただき、常に温かく見守りご支援を賜りました首都大学東京健康福祉学部看護学科 成人看護学 西村ユミ教授、同 飯塚哲子准教授、同 福井里美准教授、同 三浦里織准教授、そして首都大学東京健康福祉学部看護学科教員の皆様をはじめ、関係者の皆様にご心より感謝申し上げます。

また、研究を進めるにあたりご支援、ご協力を頂きながらここにお名前を記すことができなかった多くの方々に心より感謝申し上げます。

最後になりますが、博士課程進学、及び学位授与を心待ちにしながら入学試験直後の平成 24 年 2 月 4 日に永眠した父親にこの論文を捧げるとともに、いつも心の支えになってくれた母親と姉家族、友人に心から感謝致します。

本研究は、多くの研究助成、補助金により実施されたものです。

1. 平成 22 年度～23 年度 科学研究費補助金 若手研究 (B) 成果報告書. プレアルコホリックの身体的・精神的・社会的変化.
2. 平成 24～26 年度 科学研究費補助金 若手研究 (B), プレアルコホリックのアセスメントツールの開発.
3. 平成 25 年度 傾斜的研究費 (部局分・若手奨励経費), アディクションの認識における変化のプロセス—患者と家族の語りから—.
4. 厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業 (精神障害分野 様々な依存症の実態 把握と回復プログラム策定・推進のための研究 分担研究 4「病的ギャンブルの実態調査と回復支援のための研究」 (代表: 宮岡等、平成 25 年度～研究協力).
5. 平成 26 年度 傾斜的研究費 (部局分・若手奨励経費), 病的ギャンブルを予防するためのリスク判断に関する研究.

文献

文献

- Achesona,A., Robinsona,J.L., Glahna,D.C., Lovallo,W.R. & Foxa,P.T.(2009).Differential activation of the anterior cingulate cortex and caudate nucleus during a gambling simulation in persons with a family history of alcoholism: Studies from the Oklahoma Family Health Patterns Project. *Drug and Alcohol Dependence*,100,17-23.
- Arai,K., Oka,M. and Motegi,E. (2014) . Awareness of Pre-alcoholic Status and Changes in such Awareness: Analysis of Narratives by Male Japanese Patients and their Families. *Journal of Addictions Nursing*, 25(1), 35-40.
- Argo, T.R. and Black, D. W. (2004). Clinical characteristics (Grant, J. E., and Potenza, M. N.) *Pathological gambling* (pp.39-53). Virginia : American psychiatric publishing.
- Carneiro, E., Tavares, H., Sanches, M., Pinsky, I., Caetano, R., Zaleski, M &, Laranjeira, R. (2014).Gambling onset and progression in a sample of at-risk gamblers from the general population. *Psychiatry research*, 216, 404–411.
- Carragher, N. & McWilliams, L. A. (2011).A latent class analysis of DSM-IV criteria for pathological gambling: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychiatry Research*, 187, 185–192.
- Castro,V., Fong,T.,Rosenthal,R.J. & Tavares,H. (2007). A comparison of craving and emotional states between pathological gamblers and alcoholics, *Addictive Behaviors*, 32,1555–1564.
- Cherpitel, C. (2006). Screening and brief intervention for alcohol problems in the emergency room : is there a role for nursing ? . *Journal of Addictions Nursing*, 17, 79–82.
- Clerkin, E. M. & Barnett, N. (2012).The separate and interactive effects of drinking motives and social anxiety symptoms in predicting drinking outcomes. *Addictive Behaviors* ,37, 674–677.
- Donald W. Black,D.W., Patrick O. Monahan ,P.O., Temkit,M.H., Shaw a ,M.(2006).A family study of pathological gambling, *Psychiatry Research*, 141, 295– 303.
- Edwards, G. (1997).The Alcohol dependence syndrome: usefulness of this idea. Edwards, G. and Grant, M.(Ed), *Alcoholism new knowledge and new response*(pp.136-156). London, Croom Helm.
- Ewing, J. A. (1984) .Detecting Alcoholism: The CAGE Questionnaire, *The Journal of the American Medical Association*, 252(14), 1905-1907.
- Fischer, S. & Smith, G. T. (2008). Binge eating, problem drinking, and pathological gambling: Linking behavior to shared traits and social learning. *Personality and Individual Differences*, 44 , 789–800.
- Franco, C. A., Maciejewski, P. K., Potenza, M. N. (2011). Past-year recreational gambling in a nationally representative sample: Correlates of casino, non-casino, and both casino/non-casino gambling. *Psychiatry Research*, 188, 269-275.
- Gainsbury, S. M., Suhonen, N., Saastamoinen, N. (2014). Chasing losses in online poker and casino games: Characteristics and game play of Internet gamblers at risk of disordered gambling. *Psychiatry Research*, 217, 220-225.
- Grant, J. E., Chamberlain, S. R., Schreiber, L. R. N. & Odlaug, B.L. (2012) .Gender-related clinical

- and neurocognitive differences in individuals seeking treatment for pathological gambling. *Journal of Psychiatric Research*, 46, 1206-1211.
- Harris, K. B., Miller, W. R. (1990). Behavioral self-control training for problem drinkers: Components of efficacy, *Psychology of Addictive Behaviors*, 4, 82-90.
- Heather, N., Booth, P., Luce, A. (1998). Impaired control scale: cross - validation and relationships with treatment outcome, *Addiction*, 93(5), 761-771.
- Hing, N., Breen, H., Gordon, A. & Russell, A. (2013). Risk Factors for Problem Gambling Among Indigenous Australians: An Empirical Study, *Journal of Gambling Study*, Published online 2.
- Hodgins, D. C., Shead, N. W., & Makarchuk, K. (2006). Distress among concerned significant others of pathological gamblers. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 1-7.
- Johnsson, K., Akerlind, I. and Bendtsen, P. (2005). Under what circumstances are nurses willing to engage in brief alcohol interventions? A qualitative study from primary care in Sweden. *Addictive Behaviors*, 30, 1049–1053.
- Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D.K., Normand, S.L., Walters, E. F. & Zaslavsky, A. M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32, 959-976.
- Kuramoto, S. J., Silvia, S. M., Jean, Y. K., Howard, D. C. (2011). Past year treatment status and alcohol abuse symptoms among US adults with alcohol dependence. *Addictive Behaviors*, 36, 648-653.
- Lee, J. O., Hill, K. G., Guttmanova, K., Bailey, J. A., Hartigan, L. A., Hawkins, J. D. & Catalano, R. F. (2012). The effects of general and alcohol-specific peer factors in adolescence on trajectories of alcohol abuse disorder symptoms from 21 to 33 years. *Drug and Alcohol Dependence*, 121, 213–219.
- Lee, H.P., Chae, P.K., Lee, H.S. & Kim, Y.K. (2007). The five-factor gambling motivation model, *Psychiatry Research*, 150, 21-32.
- Lesieur, H. R., & Blume, S. B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1184-1188.
- Lieb, R., Merikangas, K.R., Hofler, M., Pfister, H., Isensee, B., Wittchen, H.U., (2002). Parental alcohol use disorders and alcohol use and disorders in offspring: a community study. *Psychol. Med.* 32, 63–78.
- Lobsinger, C., & Beckett, L. (1996). Odds to break even: A practical approach to gambling awareness. Sydney: Relationships Australia.
- Martinsa, S. S., Tavaresa, H., Loba, D. S. S., Galettia, A. M. & Gentila, V. (2004). Pathological gambling, gender, and risk-taking behaviors. *Addictive Behaviors*, 29, 1231 – 1235.
- McComb, J. L., Lee, B. K., Sprenkle, D. H. (2009). Conceptualizing and treating problem gambling as a family issue. *Journal of marital and family therapy*, 35(4), 415-431.
- McCutcheona, V. V., Lessov-Schlaggar, C. N., Steinley, D. & Bucholz, K.K. (2014). Social network drinking and family history contribute equally to first-onset alcohol dependence in high risk adults. *Drug and Alcohol Dependence*, 141, 145–148.
- Miller, W. R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioral psychotherapy*,

- 11, 441-448.
- Miller, W. R. & Munoz, R. F. (1982). *How to control your drinking*. Albuquerque : University of New Mexico Press.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing : Preparing people for change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- National institutes of health, *Drinking expectancy profile*
- Petry, N. M. (2005). *Pathological gambling. Etiology, comorbidity, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Ragland, D. R., Greiner, B. A., Yen, I. H. and Fisher, J. M. (2000). Occupational stress factors and Alcohol-related behavior in urban transit operators. *Alcoholism clinical and experiment research*, 24(7), 1011-1019.
- Recovery Support Network (2012). *Recovery Support Network Data Report*.
- Satre, D. D., Delucchi, K., Lichtmacher, J., Stacy A., Sterling, S. A. & Weisner, C. (2013). Motivational interviewing to reduce hazardous drinking and drug use among depression patients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44, 323–329.
- Smothers, B., Yahr, H. and Sinclair, M. (2003). Prevalence of current DSM-IV alcohol use disorders in short-stay, general hospital admissions, United States, 1994. *Archives of Internal Medicine*, 163, 713-719.
- Stinchfield, R. (2002). Reliability, validity, and classification accuracy of the South Oaks Gambling Screen (SOGS). *Addictive Behaviors*, 27:1-19.
- Stinchfield, R. & Winters, K. C. (2004). Adolescents and young adults, Grant, J.E., Potenza, M.N. (Ed). *Pathological gambling A clinical guide to treatment* (pp.69-81), Virginia : American psychiatric publishing.
- Suomi, A., Dowling, N.A & Jackson, A.C (2014) .Problem gambling subtypes based on psychological distress, alcohol abuse and impulsivity, *Addictive Behaviors*, 39, 1741-1745.
- Tsai, Y.F., Chen, C.Y., Lin, Y.P., Tsai, M.C. & Weng, C.E. (2012). *General Hospital Psychiatry*, 34, 633–638.
- Susan, L. and Shimoyama, H. (2012). Working with CBT across Cultures in Clinical Psychology with Particular Reference to Japanese Clinical Psychology (Part Two): Japanese Society and Culture: Implications for Mental Health, *Japanese Journal of Clinical Psychology*, 12(3), 415-421.
- Webb, T. L., Snihotta, F. F., Michie, S. (2010) Using theories of behavior change to inform interventions for addictive behaviours, *Addiction*, 105, 1879-1892.
- Welet, J.W. (2004) .Risk factors for pathological gambling, *Addictive Behaviors*, 29(2), 323-335.
- WHO (2001) . *The Alcohol Use Disorders Identification Test: guideline for use in primary care*, AUDIT, second edition.
- Windle, M. & Windle, R.C. (2012) .Testing the specificity between social anxiety disorder and drinking motives. *Addictive Behaviors*, 37, 1003–1008.
- World health organization (WHO) (2010). *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. (http://www.who.int/substance_abuse/alcstratenglishfinal.pdf#search=World+Health+Organiz

ation+2010++harmful+use+of+Alcohol')

World health organization (WHO) (2005). WHA58.26 Public-health problem caused by harmful use of alcohol.Fifty-eighth world health assembly(pp.104-106). (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58-REC1/English/A58_2005_REC1-en.pdf#search='WHA58.26')

Wurst,F.M., Rumpf, H.J., Skipper, G.E., Allen,J.P., Kunz, I., Beschner,P. & Thon, N. (2013). Estimating the prevalence of drinking problems among physicians. *General Hospital Psychiatry* 35, 561–564

<http://www.47news.jp/feature/medical/2014/08/post-1138.html> 2014.09.20 アクセス

赤澤正人、松本俊彦 (2011). 【職域におけるアルコール問題再考】労働者におけるアルコールの問題と自殺. *産業精神保健*、19(2)、93-98.

赤澤正人、松本俊彦、勝又陽太郎、木谷雅彦、廣川聖子、高橋祥友、竹島正他 (2010). 死亡時の就労状況からみた自殺既遂者の心理社会的類型について 心理学的剖検を用いた検討. *日本公衆衛生雑誌*、57(7)、550-560.

新井清美、森田展彰、菫澤博一 (2013). プレアルコホリックの認識における変化のプロセス—アルコール依存症患者とその家族の語りからの分析—. *日本アルコール・薬物医学会雑誌*、48(3)、198-215.

有吉浩美、洲崎好香 (2009). OHN 必読 今月のトピックス メンタルヘルス対策. *産業看護*、1(3)、99-101.

アルコール保健指導マニュアル研究会 (2003). 第1章 健康日本21におけるアルコール対策(樋口進編)、健康日本21 推進のためのアルコール保健指導マニュアル (pp. 4-10). 東京：社会保険研究所.

麻原きよみ、大久保功子、大森純子、岡本玲子、萱間真美、グレッグ美鈴、横山美江、吉岡京子 (2007). 3.質的研究の評価基準、『よくわかる質的研究の進め方・まとめ方 看護研究のエキスパートをめざして』(グレッグ美鈴、麻原きよみ、横山美江編著) (pp.32-36). 東京：医歯薬出版株式会社.

Charmaz, C. (2008). 用語解説 (抱井尚子, 末田清子監訳), *グラウンデッド・セオリーの構築 社会構成主義からの挑戦* (pp.199-201). 京都：ナカニシヤ出版.

Corbin, J., Strauss, A. (2012). 研究課題の選択 (操華子, 森岡崇約). 質的研究の基礎 グラウンデッド・セオリー開発の技法と手順 第3版 (pp.29-33). 東京：医学書院.

遠藤朋海 (2011). 4. アルコール依存症および多量飲酒者の推計数. 簡易版「アルコール白書」、9-10.

Frances, A.(2014). 第9章 物質関連障害および嗜癮性障害群 (大野裕、中川敦夫訳). *精神疾患診断のエッセンス DSM-5 の上手な使い方*(pp.138-149). 東京：金剛出版.

Fong, T. W., & Rosenthal, R. J. (2010) .概要. *ギャンブル依存症からの自由を目指して* (p.2) .L.A.: UCLA Gambling studies program & California Office of problem, and pathological gambling department of alcohol and drug programs.

後藤恵(2012). 特集 ストレス社会を生きる(第22回日本嗜癮行動学会)講演 動機づけ面接法入門. *アディクションと家族*、28(4)、256-261.

原田隆之 (2013). 1. 物質使用障害とアディクションの治療に関するエビデンス. *精神科治療学*、28 (増刊号)、52-58.

原田貴史、稲葉宣行、園本建、熊谷雅之 (2010). 病的賭博者 120 症例の臨床背景の後方視調査. *精神医学*、52 (2)、145-152.

- 樋口進 (2003). アルコール有害使用とプレアルコリズム(猪野亜朗, 高瀬幸次郎, 渡邊省三編). 内科医・産業医・関連スタッフのための アルコール依存症とその予備軍 どうする!? 問題解決へ向けての「処方箋」(pp.218-221). 大阪:永井書店.
- 樋口進, 松下幸生 (2002). 各論 I アルコール 10.アルコール関連問題の予防(白倉克之、樋口進、和田清編). アルコール・薬物関連障害の診断・治療ガイドライン (pp.143-155). 東京:じほう.
- 樋口進、久富暢子 (2000). 特集・職場のメンタルヘルス アルコール関連問題の診断・治療と早期介入. 予防医学、42、33-38.
- 堀江義則 (2009). アルコール性肝障害の現状と問題点、総合臨床、58 (8)、1824-1826.
- 堀江義則 (2007). アルコールに関する疫学 重症型アルコール性肝障害の最近の動. 医学のあゆみ、222(9)、618-623.
- 古川美穂 (2013). 第3章 日本のギャンブル事情. ギャンブル大国ニッポン (pp.33-49). 東京:岩波書店.
- 古川美穂 (2013). 第4章 カジノが日本にできる日. ギャンブル大国ニッポン (pp.50-63). 東京:岩波書店.
- 古川壽亮、大野裕、宇田英典、中根允文 (2003). 一般人口中の精神疾患の簡便なスクリーニングに関する研究、平成14年度厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業) 心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究 研究協力報告書.
- 今田純雄、鈴木千尋 (1999) 人はなぜ酒を飲むのか—飲酒動機尺度作成の試み—, 広島修道大学論文集, 40 (2), 285-302.
- 後藤恵 (2003). 「心」にもたらす影響(猪野亜朗, 高瀬幸次郎, 渡邊省三編). 病気, 内科医・産業医・関連スタッフのためのアルコール依存症とその予備軍 どうする!? 問題解決へ向けての「処方箋」(pp.12-16). 大阪:永井書店.
- 猪野亜朗 (2003). アルコール依存症専門治療の実際(猪野亜朗、高瀬幸次郎、渡邊省三編). 内科医・産業医・関連スタッフのためのアルコール依存症とその予備軍 どうする!? 問題解決へ向けての「処方箋」(pp.185-187). 大阪:永井書店.
- Kadden, R.M., Cooney, N. L. (2011). 第3章 アルコール問題の治療 (Marlatt, G.A. & Donovan, D. M. 編)、リラプス・プリベンション 依存症の新しい治療(pp.77-109). 東京:日本評論社.
- 角田透 (1993). 潜在するアルコール関連問題者数の推定について 我が国のアルコール関連問題の現状. アルコール白書、42-53.
- Khantzian, E.J., Albanese, M.J. (2013). 序論 (松本俊彦翻訳)、人はなぜ依存症になるのか 自己治療としてのアディクション (pp.1-4). 東京:星和書店.
- Khantzian, E.J., Albanese, M.J. (2013). 第4章 自己治療仮説に関する実証的研究 感情調節と薬物選択の関係 (松本俊彦翻訳)、人はなぜ依存症になるのか 自己治療としてのアディクション (pp.33-46). 東京:星和書店.
- 加藤眞三、烏帽子田彰 (2011). 6. 飲酒による疾患. 簡易版「アルコール白書」(pp.13-15).
- 加藤眞三、高木敏 (2007). 職場での飲酒指導 γ -GTP 高値者のためのガイドライン 職場での飲酒指導 γ -GTP 高値者のためのガイドライン案. 日本アルコール・薬物医学会雑誌、42(3)、103-109.
- 川上憲人、近藤恭子、柳田公佑、古川壽亮 (2006). 成人期における自殺予防対策のあり方に関する精神保健的研究、平成16年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業) 自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究 研究協力報告書

- 川上憲人(1993).CAGE アルコール症スクリーニング尺度日本語版の信頼性と妥当性, 日本衛生学雑誌, 48(1), 401.
- 小嶋清一郎、渡辺勲史、白石光一、峯徹哉、松崎松平、本間康彦 (2005) .健診受診者における飲酒の実態と飲酒が生活習慣病にあたる影響、日本アルコール・薬物医学会雑誌、40 (3)、233-242.
- 真栄里仁 (2011). 11. アルコールと犯罪. 簡易版「アルコール白書」(pp.26-27).
- 丸山勝也 (2010) .Successful Lifestyle Modification—実践的なライフスタイル改善のノウハウ— No.5 飲酒のノウハウ、Life Style Medicine、4 (1)、88-93.
- 丸山勝也 (2007). 精神科と内科の学際領域としてのアルコール医療—アルコール関連疾患を伴うプレアルコーリックに対する医療. 医学のあゆみ、222(9)、690-695.
- 丸山勝也、樋口進、久富暢子 (2005). アルコール依存症—どこまでわかっているか?—プレアルコーリックの概念と治療. 治療、87(8)、2426-2431.
- 松本俊彦 (2012). 第2章 依存症とアディクション—何がどう違うのか?—. 薬物依存とアディクション精神医学(pp.25-38). 東京：金剛出版.
- 松本俊彦 (2011). 7. アルコールとうつ病、自殺. 簡易版「アルコール白書」(pp.16-17).
- 松下年子(2011).1.アディクションと依存症(松下年子、日下修一編).アディクション看護学(pp.2-24). 東京：メヂカルフレンド社.
- 松澤信彦 (2005). 病的賭博 (ギャンブル依存症). 臨床精神医学、34 (2)、165-171.
- 宮岡等 (2013). 「ギャンブルが止められなくなる」という問題について. 厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合保健事業 病的ギャンブル「いわゆるギャンブル依存」の概念の検討と各関連機関の適切な連携に関する研究資料.
- 三重大学大学院医学系研究科環境社会学講座 家庭医療学分 (2011) .AUDIT アルコール使用障害特定テスト使用マニュアル (小松 知己、吉本 尚監訳、監修) .pdf
- 森朱夏、加藤眞三 (2007) .アルコールによる消化器疾患、総合臨床、56 (11)、2994-3000.
- 森田展彰(2011). 10. アルコールと児童虐待および家庭内暴力. 簡易版「アルコール白書」(pp.23-25).
- 森山成彬 (2009). 特集 精神経済学—社会における意思決定の神経基盤と精神医学—ヒト社会のギャンブル行動. 臨床精神医学、(38) 1、61-66.
- 森山成彬 (2008). 病的賭博者 100 人の臨床的実態. 精神医学、50 (9)、895-904.
- 村上優(2004). アルコール依存ハイリスクグループの評価, 介入及び治療に関する研究 (pp.209-216). 厚生労働省精神・神経疾患研究委託費アルコール・薬物関連障害の病態と治療に関する総合的研究 平成 13 年度～15 年度総括研究報告 (主任研究者 白倉克之).
- 内閣府、法務省、国税庁、文部科学省、厚生労働省 (2014). アルコール健康障害対策基本法の施行について (通知).
- 中本新一 (2009). 飲むことと酔うことに寛容なアルコール依存社会. 脱「アルコール依存社会」をめざして 日本のアルコール政策への提言 (pp.40-53). 東京：明石書店.
- 日本生産性本部 (2013). レジャー白書 2013.
- 日本精神神経学会 精神科病名検討連絡会 (2014). DSM-5 病名・用語翻訳ガイドライン (初版)、精神神経学雑誌、116 (6)、423-457.
- 西川京子 (2012). 特集/家族支援を考える—精神保健福祉士に求められる家族支援 実践報告 依存症の家族支援. 精神保健福祉士、43 (1)、22-24.
- 西川京子 (2006). アルコール依存症患者・家族へのエコロジカル・ソーシャルワーク—質問紙調査

- と予後調査に基づいて—「§3.調査の方法」(pp.81-84)、東京：相川書房。
- 西川京子 (2006). 第3章 アルコール依存症治療の1年予後に関連する要因—基本属性、心理社会的状態、3ヵ月・6ヵ月予後、3医療機関の比較—、アルコール依存症患者・家族へのエコロジカル・ソーシャルワーク—質問紙調査と予後調査に基づいて—、pp.80-120、相川書房、東京。
- 西川京子、立木茂雄、橋本直子 (1998). 家族機能度に影響を与える家族システムのきずな・かじとり因子の計量的研究—アルコール依存症者とその妻に対する質問紙調査の結果から、家族療法研究、5(2)、9-5.
- 西川京子、立木茂雄、橋本直子、横山登志子、安川友加里 (1999). 家族要因とアルコール問題を持つ Identified Patient (IP) の断酒・飲酒との関連—家族機能、共依存、家族グループ・自助グループ参加などの要因を中心にして、日本アルコール・薬物医学会雑誌、34(1)、63-73.
- 尾崎米厚、松下幸生、白坂知信、廣尚典、樋口進 (2005). 我が国の成人飲酒行動およびアルコール症に関する全国調査. 日本アルコール・薬物医学会雑誌、40(5)、455-470.
- 岡部聡子 (2009). 成人の発達段階 (大西和子、岡部聡子編). 成人看護学概論 (pp.36-49). 東京：ヌーベルヒロカワ.
- 太田健介 (2008). 病的賭博患者の特徴—1 医療機関を受診した 105 例の検討から—。精神神経学雑誌、110(11)、1023-1035.
- Paul, M. G., Ellen, V. (2010). 物質依存はどのようにして発症するのか (小林桜児, 松本俊彦訳)、アルコール・薬物依存臨床ガイド エビデンスにもとづく理論と治療(pp.32-40). 東京：金剛出版.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2010). グラウンデット・セオリー (近藤潤子監訳), 看護研究 原理と方法 第2班 (pp.260-261). 東京：医学書院.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2010). グラウンデット・セオリー分析 (近藤潤子監訳), 看護研究 原理と方法 第2班 (pp. 594-598). 東京：医学書院.
- 労働基準法 第4章 労働時間、休暇、休日及び年次有給休暇.
- 桜井重雄 (1997) 飲酒理由、飲酒効果と飲酒関連行動、アルコール依存傾向との関連, 筑波大学心理学研究, 19, 111-128.
- 佐藤拓 (2013). 1. 病的ギャンブリング—総論と今後への展望—. 精神科治療学、28(増刊号)、302-306.
- 清水新二 (2003). 3. 基本概念の整理. アルコール関連問題の社会病理学的研究 文化・臨床・政策 (pp. 9-17) 京都：ミネルヴァ書房.
- 清水新二 (2003). わが国の飲酒文化の諸特徴. アルコール関連問題の社会病理学的研究 文化・臨床・政策 (pp. 33-46) 京都：ミネルヴァ書房.
- 清水新二 (2003). 第6章 ジェンダーとアルコール問題—男らしさへのこだわり—、アルコール関連問題の社会病理学的研究 文化・臨床・政策、pp. 201-230. 京都：ミネルヴァ書房.
- 白倉克之 (2002). 各論 I アルコール 1. アルコール依存症をめぐって (白倉克之、樋口進、和田清編). アルコール・薬物関連障害の診断・治療ガイドライン (pp.73-80). 東京：じほう.
- Smith, J. E., Meyers, R. J. (2012). 第1章 コミュニティ強化と家族トレーニングの概要 (境泉洋, 原井宏明, 杉山雅彦監訳). CRAFT 依存症患者への治療動機づけ 家族と治療者のためのプログラムとマニュアル(pp. 3-11). 東京：金剛出版.
- 総務省統計局 (2012). 第2章 人口・世帯 2-9 家族類型別一般世帯数.
- 総務省統計局 (2010). 平成22年度国勢調査に用いる職業分類.
- 副田秀二 (2004). 産業精神保健における病的賭博—借金問題をかかえる従業員—. 産業衛生学雑誌

別冊、46 (2)、35-37.

洲脇寛 (2005). 4. 嗜癖行動障害の臨床概念. 嗜癖精神医学の展開 (pp.18-23). 東京: 新興医学出版社.

洲脇寛、小沼杏坪 (2002). 総論Ⅱ 治療総論 (白倉克之、樋口進、和田清編). アルコール・薬物関連障害の診断・治療ガイドライン (pp.25-31). 東京: じほう.

鶴身孝介、高橋英彦 (2013). 3. 行動アディクションの生物学. 精神科治療学、28 (増刊号)、36-39.

長徹二 (2011). 9. 飲酒運転. 簡易版「アルコール白書」(pp.20-22).

和久田智靖 (2014). V 物質関連および嗜癖障害 (森則夫、杉山登志郎、岩田泰秀編). 臨床家のための DSM-5 虎の巻 (pp.107-113). 東京: 日本評論社.

柳沢直恵、朝倉真理、大家ゆず子、岡田直也、佐藤元己、水木将、百崎恭平、野見山哲生他 (2011).

一大学におけるギャンブルに関する実態調査. 信州公衆衛生雑誌、6、64-65.

杠岳文 (2008). アルコール関連問題への早期介入プログラム:HAPPY. 医学のあゆみ、別冊、152-156.

図表

研究1 危険な飲酒 (Hazardous drinking) の認識における変化のプロセス

Table1-1 調査内容

カルテからの情報	患者へのインタビュー内容	家族へのインタビュー内容
<ul style="list-style-type: none"> ・ 属性（現在及び当時の年齢） ・ 性別当時の就業の有無・職業 ・ 当時の同居者・関係 ・ 既往歴 ・ アルコール専門病棟教育入院歴、治療中断経験の有無など） ・ アルコールに関連した内科・外科等入院歴・治療歴 ・ 飲酒歴（初飲、機会飲酒、習慣飲酒、問題飲酒） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ アルコールに起因する身体的障害の発症時期と経過 ・ 飲み方が変わるきっかけ ・ 身体的・社会的・精神的状態や症状・症状への認識・対応 ・ 身体的症状の変化 ・ その時の飲酒状況 ・ お酒を飲むことに対する思い ・ 他者から飲酒に関する指摘を受けた経験とその内容・変化の有無 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当時1日のうち患者と家族が過ごしていた時間数と場面・患者の状況 ・ 家族が認識している患者のアルコールに起因する身体的・社会的・精神的状態や発症時期と経過・変化 ・ 飲み方が変わるきっかけ、家族が認識している問題が生じた当時の患者の気持ち ・ 家族が認識している患者の飲酒状況・お酒を飲むことに対する患者の思い ・ 家族・医療従事者の飲酒に関する指摘を受けた経験とその内容・患者の飲酒行動の変化の有無

* 当時とは危険な飲酒を示す。

Table1-2 対象者の概要

	平均	SD	Range
現在の年齢（歳）	51.3	14.6	29-75
当時の年齢（歳）	38.0	17.2	18-73
アルコール依存症と診断された年齢（歳）	48.4	16.4	28-76
初酒（歳）	17.3	6.1	7-32
機会飲酒（歳）	21.0	4.8	16-32
習慣飲酒（歳）	29.1	14.6	17-68
問題飲酒（歳）	38.0	17.2	19-73
初飲酒からの年数（年）			
機会飲酒まで	3.7	5.8	0-18
習慣飲酒まで	11.8	13.6	0-48
問題飲酒まで	20.7	16.2	4-66
問題飲酒までの年数（年）			
機会飲酒から	16.3	13.5	1-48
習慣飲酒から	8.9	9.9	0-29
診断までの年数（年）			
初飲から	31.1	17.0	11-69
機会飲酒から	27.1	12.8	11-51
習慣飲酒から	19.3	11.5	3-38
問題飲酒から	10.1	9.6	1-38

Table1-3 患者と家族の認識に関するコアカテゴリー・カテゴリー・サブカテゴリー

コアカテゴリー	患者		家族	
	カテゴリー	サブカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー
お酒の効用を 求める	積極的な効果 を求めて 飲む	好きだから飲む	積極的な効果 を求めて 飲む	好きだから飲む
		お酒の力を借りる		楽しく飲む
		癒しとしてのお酒		お酒の力を借りる
	危機感のない 飲酒	お酒に強いという自負	危機感のない 飲酒	気にせず飲む
		気付かず飲む		とにかく飲む
		気にせず飲む		
	飲酒に寛容 な環境	職場も飲酒を容認	飲酒に寛容 な環境	職場も飲酒を容認
		飲酒が進む環境		お酒が進む環境
		家族も飲酒を容認		家族も飲酒を容認
直視し難い現実 から逃れる	対処方法として のお酒	何をするにも飲酒	対処方法として のお酒	飲んで悩みを解消
		飲んで苦痛を紛らわせる		現実から逃れるために飲む
		現実から逃れるために飲む		寝るために飲む
		仕事が上手くいかない重圧		
		寝るために飲む		
	拍車をかけて 飲む	徐々に飲酒量が増えていく		
		常習的に飲む		
	コントロール して飲む	コントロールできた飲酒	コントロール して飲む	飲酒量が変わっていく
		止められた時期もあった		コントロールできた飲酒 知らないことで対処できなかった家族
健康上の障害 が出現する	飲んで心身 が壊れていく	身体を壊すほど飲む	飲んで心身 が壊れていく	身体を壊すほど飲む
		身体を壊しても飲む		身体が食を受け付けない
		不確かな記憶		身体が思うようにならない 不確かな記憶
	気にせず飲む	気にも留めずに飲む	気にせず飲む	聞く耳を持たない
		酔っ払って身体が思うように動かない		気にも留めずに飲む
	気分がかき 乱される	不安の交錯		
		イライラと落ち込み		
		投げやりな気持ち		
	飲酒への自制 が効かなくな っていく	お酒に執着 する	理由をつけては飲む	
自己解釈しながら飲む				
こだわって飲む				
孤独が飲酒を助長				
表面化する 飲酒問題		他者からも指摘を受ける	表面化する 飲酒問題	孤独が飲酒を助長
		反発しながら暴飲		周囲から指摘を受ける
	匂わせながら出勤	マイナス面が表面化する		
	家族も気付く飲酒問題	歯止めが効かないことに気付く		
	飲酒に否定的な家族			
	行動を起こす家族			

		変わらず飲む	聞き入れずに飲む
			飲酒指導を受けても変わらない飲酒
		家族も気付く飲酒問題	家族も飲み方が気になり始める
			飲酒を止めさせたい家族
			家族も言動に異変を感じる
		家族も気付かない	患者がお酒を飲むことに対する家族の否定的な思い
			家族も気付かなかった飲酒問題
アルコールとの関連を見出せない家族			

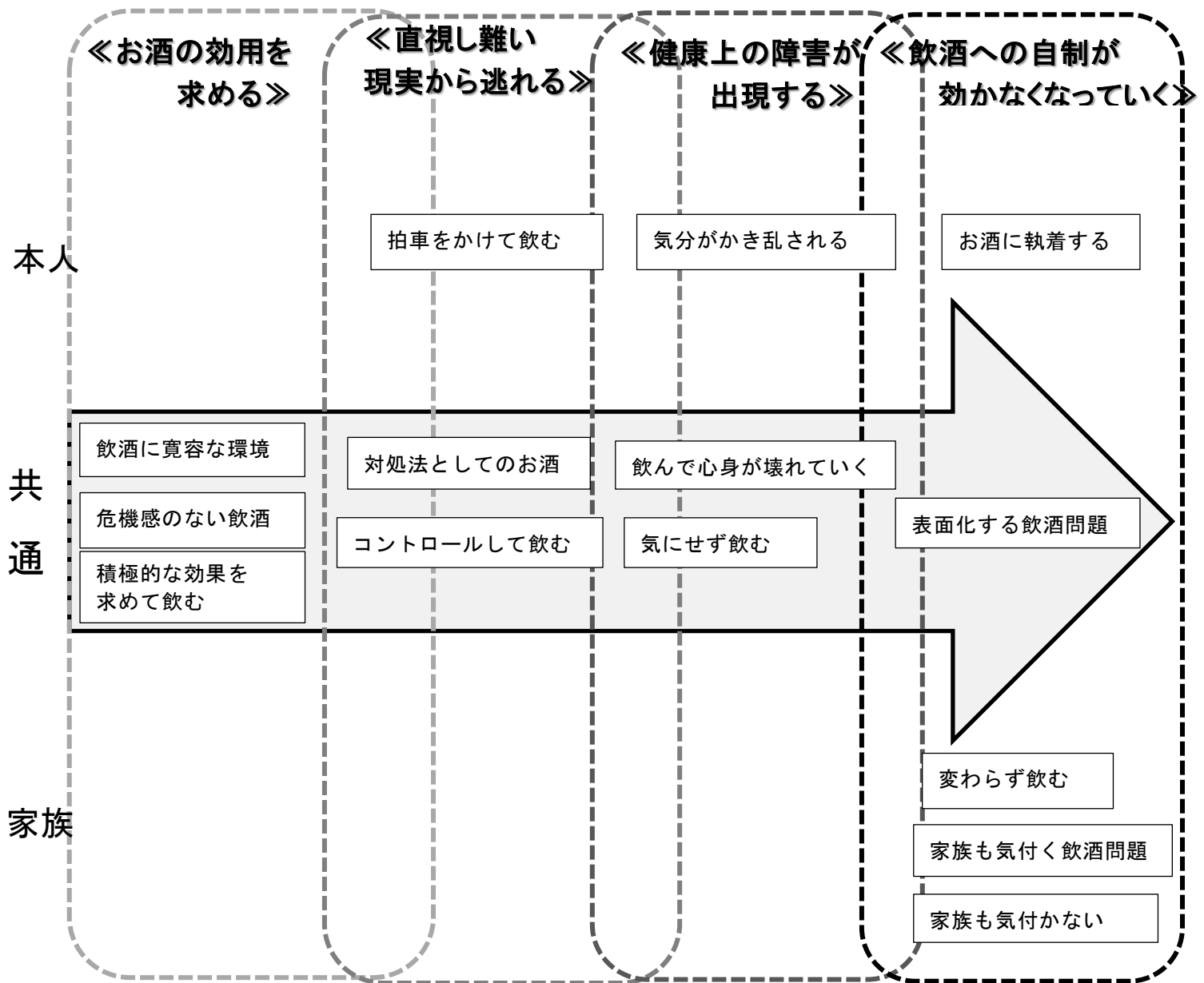


Figure1-1 本人と家族の認識のプロセス

*《》はコアカテゴリー、□はカテゴリー、矢印は時間を示す。また、点線の重なりは行きつ、戻りつしながら危険な飲酒が深刻化している様子を表す。

*表の上部が本人のみから抽出されたカテゴリー、中央は本人と家族に共通するカテゴリー、下部は家族のみから抽出されたカテゴリーを示す。

研究 2 危険な飲酒 (Hazardous drinking) を予防するための飲酒リスクの判断に関する研究

Table2-1 基本属性

変数	N	頻度及び平均(±SD)		男性		女性		p 値
				n	%	n	%	
年齢	170	50.94(±16.37)						0.005*
29 歳以下		23	13.5%	6	26.1	17	73.9	
30-34 歳		10	5.9%	3	30.0	7	70.0	
35-39 歳		15	8.8%	8	53.3	7	46.7	
40-44 歳		17	10.0%	6	35.3	11	64.7	
45-49 歳		17	10.0%	11	64.7	6	35.3	
50-54 歳		17	10.0%	7	41.2	10	58.8	
55-59 歳		11	6.5%	6	54.5	5	45.5	
60-64 歳		17	10.0%	15	88.2	2	11.8	
65-69 歳		16	9.4%	14	87.5	2	12.5	
70-74 歳		15	8.8%	15	100	0	0	
75-79 歳		8	4.7%	8	100	0	0	
80 歳以上		4	2.4%	4	100	0	0	
性別	172							
男性		104	60.5%					
女性		68	39.5%					

t test. * p<0.05

Table2-2 職業、家族構成

変数	N	頻度及び 平均(±SD)		男性		女性		p 値
				n	%	n	%	
職業								
現在	169							
管理的職業	13	7.6%	11	84.6	2	15.4		
専門的・技術的職業	67	39.4%	30	44.8	37	55.2		
事務	20	11.8%	6	30.0	14	70.0		
販売	2	1.2%	2	100	0	0.		
サービス職業	7	4.1%	4	57.1	3	42.9		
保安・製造・運搬等	10	5.9%	10	100	0	0		
専業主婦	8	4.7%	1	12.5	7	87.5		
その他	7	4.1%	5	71.4	2	28.6		
無職	36	21.2%	33	94.3	2	5.7		
過去	82							
管理的職業	21	25.6%	19	90.5	2	9.5		
専門的・技術的職業	24	29.3%	24	100	0			
事務	19	23.2%	16	84.2	3	15.8		
販売	13	15.9%	12	92.3	1	7.7		
サービス職業	16	19.5%	15	93.8	1	6.3		
保安・製造・運搬等	23	28.0%	23	100	0			
専業主婦	0	0	0		0			
その他	0	0	10	100	0			
無職	0	0						
1 週間の平均労働時間	163							0.003*
40 時間未満	47	28.8	27	57.4	20	42.6		
40 時間-45 時間	67	41.1	34	50.7	33	49.3		
46 時間-50 時間	27	16.6	17	63.0	10	37.0		
51 時間-55 時間	9	5.5	8	88.9	1	11.1		
56 時間以上	13	8.0	12	92.3	1	7.7		
家族構成	173							0.218
単身世帯	42	24.3	23	56.1	18	43.9		
夫婦のみ	51	29.5	37	72.5	14	27.5		
二世帯同居 (子と同居)	52	30.1	32	61.5	20	38.5		
二世帯同居 (親と同居)	22	12.7	9	40.9	13	59.1		
三世帯同居	4	2.3	3	75.0	1	25.0		
その他	2	1.2	0	0	2	100		

t test. * p<0.05

Table2-3 飲酒開始年齡

	全体(N=169)		男性(N=102)		女性(N=66)		p 値
	n	%	n	%	n	%	
平均值 (±SD)			16.9(±4.1)		18.2(±3.0)		0.02*
12 歳未満	14	8.3	10	71.4	4	28.6	
12-14 歳	7	4.1	7	100	0		
15-17 歳	39	23.1	30	76.9	9	23.1	
18-20 歳	99	58.6	46	46.5	52	53.5	
21 歳以上	10	5.9	9	90	1	10	

t test. *p<0.05

Table2-4 フラッシングの有無

	全体 (N=168)		男性 (N=104)		女性 (N=64)		p 値
	n	%	n	%	n	%	
1口飲むといつも赤くなる	23	13.6	10	43.5	13	56.5	0.03*
お酒が進むと赤くなる	60	35.5	36	60	24	40	
まったく赤くならない	86	50.9	58	68.2	27	31.8	

t test. *p<0.05

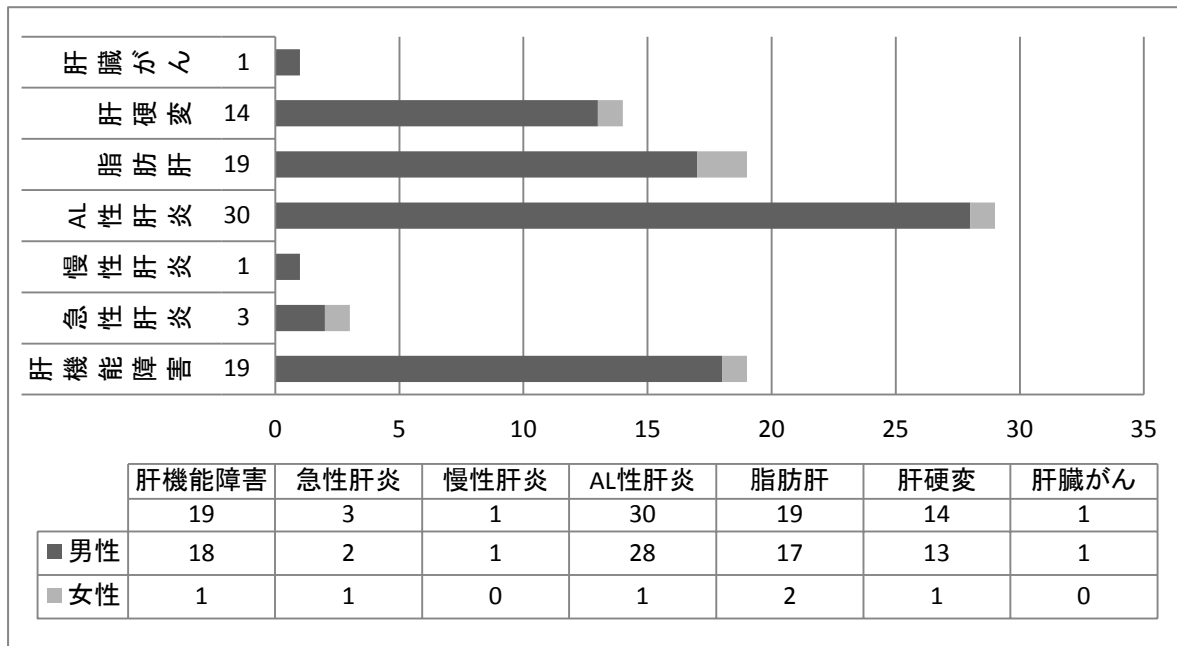


Figure2-1-1 肝疾患の既往 (n=162, うち、既往ありは 53名)

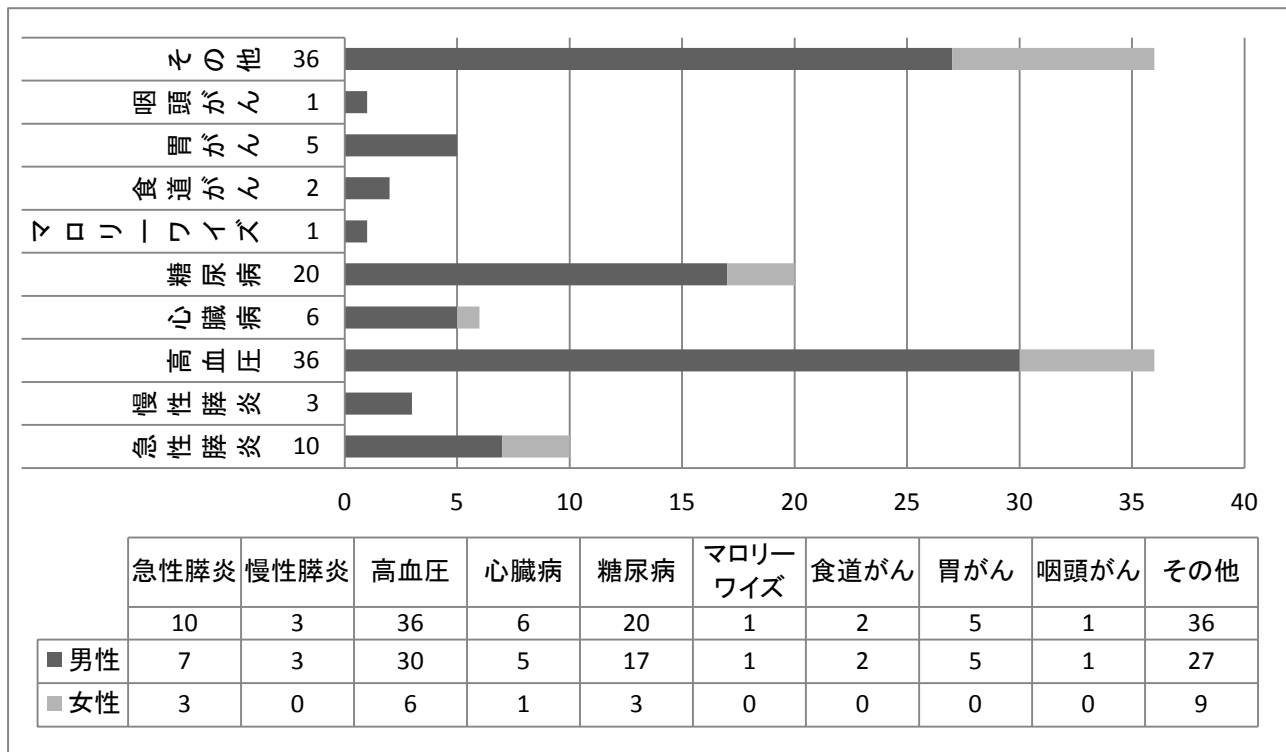


Figure2-1-2 肝疾患以外の既往 (n=162, うち、既往ありの人数を表に示す)

Table2-5 飲酒をする家族

	全体(N=169)		男性 (N=100)	女性 (N=68)	p 値	医療機関 (N=86)	断酒会 (N=83)	p 値
	n	%						
いる	123	72.8	68	55	0.064	69	54	0.027*
いない	46	27.2	32	13		17	29	
続柄								
父親	83	67.5	41	42	0.059	53	30	0.013*
母親	40	32.5	20	20	0.413	27	13	0.077
祖父	28	22.8	12	16	0.123	18	10	0.320
祖母	13	10.6	4	9	0.060	10	3	0.110
兄弟姉妹	61	49.6	29	32	0.087	37	24	0.312
配偶者	36	29.3	17	19	0.247	23	13	0.263
息子	18	33.3	16	2	0.687		18	
娘	15	27.8	13	2	0.539		15	
血縁・婚姻関係のない同居者	1	0.8	0	1	0.447	9	0	
その他	2	1.6	0	2	0.198	2	0	

Pearson's χ^2 test. *p<0.05

息子、娘は断酒会のための調査項目である。

Table2-6 大酒飲みの家族

	全体(N=165)		男性 (N=99)	女性 (N=65)	p 値	医療機関 (N=82)	断酒会 (N=83)	p 値
	n	%						
いる	61	37.0	39	22	0.332	26	35	0.136
おそらくいる	13	7.9	8	5		8	5	
おそらくいない	26	15.8	17	9		10	16	
いない	65	39.4	35	29		38	27	
続柄								
父親	50	66.7	31	19	0.866	25	25	0.413
母親	3	4.0	1	2	0.312	2	1	0.596
祖父	19	25.3	12	7	0.959	11	8	0.256
祖母	1	1.3	0	1	0.373	1	0	0.467
兄弟姉妹	21	28.0	13	8	0.932	7	14	0.149
配偶者	6	8.0	1	5	0.025	5	1	0.092
息子	4	10.0	4	0	0.645		4	
娘	0						0	
血縁・婚姻関係のない同居者	1	1.3	1	0	0.627	0	1	
その他	5	6.7	2	3	0.267	3	2	0.659

p<0.05

「いる」～「いない」は t test、男女、所属とも父親、祖父、兄弟姉妹は Pearson's χ^2 test、母親、祖母、配偶者と所属別のその他は Fisher's exact test を行った。尚、息子、娘は断酒会のみ調査項目である。

Table2-7 FACESKGIV-8

	全体		男性	女性	p 値	医療 機関	断酒会	p 値	AUDIT カットオフ			p 値
	n	%							低リ スク	高リ スク	依存症 疑い	
かじとり(N=148)					0.015*			0.167				0.135
融通なし	35	23.6	27	8		15	20		9	3	19	
キッチリ	29	19.6	16	17		12	17		9	2	16	
柔軟	37	25.0	15	22		23	14		16	2	13	
てんやわんや	47	31.8	30	17		28	19		15	8	40	
きずな(N=152)					0.428*			0.091				0.367
バラバラ	39	25.7	27	12		15	24		8	5	21	
サラリ	16	10.5	8	8		11	5		9	0	4	
ピッタリ	26	17.1	13	12		12	14		6	3	13	
ベッタリ	71	46.7	41	30		42	29		28	7	63	

p<0.05

性別、所属は Pearson's χ^2 test、AUDIT カットオフポイントは一元配置分散分析で検討した。

Table2-8-1 AUDIT 得点 (性別)

N	平均値	SD	Range		n	平均値	SD	Range	p 値
145	21.31	16.99	0-46	男性	91	29.08	14.95	0-46	0.000*
				女性	53	7.87	11.06	0-46	

t test. *p<0.05

Table2-8-2 AUDIT 得点 (所属別)

	平均値	SD	p 値		n	平均値	SD	Range	p 値
医療機関 (N=70)	5.24	5.14	0.000*	男性	22	6.18	5.23	0-15	0.304
				女性	48	4.81	5.09	0-23	
断酒会 (N=74)	36.31	8.05		男性	69	36.38	7.97	11-46	0.827
				女性	5	37.20	9.83	23-46	

t test. ,p<0.05

Table2-8-3 AUDIT 得点 (カットオフポイント)

	全体 (N=145)		男性 (N=91)	女性 (N=53)	病院職員 (N=70)		断酒会 (N=74)	
	n	%			男性	女性	男性	女性
	低リスク	52	35.9	16	36	16	36	0
高リスク	18	12.4	7	11	6	11	1	0
依存症疑い	75	51.7	68	6	0	1	68	5

Table2-9-1 飲酒開始時の AUDIT 得点

	全体		男性 (N=70)	女性 (N=6)	p 値
	(N=76)				
	n	%			
平均値 (SD)	26.62(8.79)		26.54(8.78)	28.17(10.21)	0.57
カットオフポイント					
低リスク	0	0	0	0	
高リスク	18	23.7	16	2	
依存症疑い	58	76.3	54	4	

t test. $p < 0.05$

断酒会のための調査項目である。

Table2-9-2 現在の飲酒状況

	全体		男性	女性
	(N=85)			
	n	%		
飲まない	83	97.6	76	6
1か月に2-4度	1	1.2	1	0
1週に4度以上	1	1.2	1	0

断酒会のための調査項目である。

Table2-9-3 断酒開始から調査時までの年数

	全体(N=83)		男性	女性
	n	%		
平均値 (SD)	10.99(10.07)		11.51 (10.31)	5.00 (4.48)
年数				
1年未満	7	8.4	7	
1-3年	21	25.3	17	4
4-6年	8	9.6	7	1
7-9年	10	12.0	9	
10-12年	11	13.3	11	
13-15年	3	3.6	2	1
16-18年	6	7.2	6	
19-21年	2	2.4	2	
22-24年	4	4.8	4	
25年以上	11	13.3	11	

断酒会のための調査項目である。

Table2-10-1 飲酒に対する他者からの指摘

	あり	なし	p 値	医師・医療 従事者	家族	会社の同 僚や友人	その他
全体	94 人 (56.6%)	72 人 (43.4%)		56 人 (60.2%)	72 人 (77.4%)	47 人 (50.5%)	2 人 (2.2%)
性別			0.00*				
男性	80	22		49	63	43	2
女性	13	50		7	9	4	0
所属			0.00*				
医療機 関							
男性	8	15		2	4	5	0
女性	7	50		2	5	4	0
断酒会							
男性	72	7		47	59	38	2
女性	6	0		5	4	0	0
AUDIT カットオフポイント			0.00*				
低リスク	5	44		1	2	3	0
高リスク	9	9		3	9	5	0
依存症疑い	71	4		48	71	37	1

Pearson's χ^2 test *p<0.05

Table2-10-2-1 他者からの指摘に対する対応

	n	全体	性別			所属		
			男性	女性	p 値	医療機関	断酒会	p 値
肝・膵臓等の治療が必要になったとき								
医師	159	4.35(1.10)	4.06(1.28)	4.79(0.52)	0.000*	3.91(1.29)	4.79(0.63)	0.000*
家族	162	3.99(1.25)	3.59(1.35)	4.62(0.75)	0.000*	3.41(1.37)	4.57(0.74)	0.000*
会社の同僚または友人	158	3.87(1.19)	3.52(1.28)	4.44(0.78)	0.000*	3.36(1.25)	4.37(0.90)	0.000*
気持ちが落ち着かなくなったとき								
医師	157	3.97(1.26)	3.65(1.37)	4.45(0.88)	0.000*	3.44(1.40)	4.49(0.84)	0.000*
家族	159	3.81(1.24)	3.41(1.30)	4.42(0.84)	0.000*	3.22(1.33)	4.38(0.83)	0.000*
会社の同僚または友人	155	3.69(1.24)	3.33(1.28)	4.23(0.96)	0.000*	3.09(1.26)	4.25(0.93)	0.000*
仕事や学業に支障が出たとき								
医師	155	4.36(1.06)	4.12(1.25)	4.73(0.54)	0.000*	3.99(1.26)	4.73(0.67)	0.000*
家族	162	4.18(1.12)	3.87(1.27)	4.67(0.57)	0.000*	3.75(1.26)	4.62(0.73)	0.000*
会社の同僚または友人	157	4.24(1.11)	3.97(1.24)	4.65(0.73)	0.000*	3.79(1.21)	4.67(0.79)	0.000*
人間関係がうまくいかなかったとき								
医師	154	4.17(1.12)	3.89(1.27)	4.59(0.64)	0.000*	3.72(1.27)	4.60(0.74)	0.000*
家族	160	4.11(1.11)	3.80(1.24)	4.57(0.64)	0.000*	3.6(1.22)	4.56(0.76)	0.000*
会社の同僚または友人	158	4.08(1.12)	3.79(1.25)	4.52(0.70)	0.000*	3.64(1.23)	4.51(0.79)	0.000*

t test. *p<0.05 平均値 (SD) を示す。

飲酒量を減らすことはない (1) ~すぐに飲酒量を減らす (5) であり、平均値が高いほど飲酒量を減らそうとすることを示す。

Table2-10-2-2 AUDIT 得点からみた他者からの指摘に対する対応

	n		平均値(SD)	p 値
肝・膵臓等の治療が必要になったとき				
医師	137	低リスク	4.84(0.66)	0.000*
		高リスク	4.82(0.53)	
		依存症疑い	3.87(1.24)	
家族	139	低リスク	4.53(0.82)	0.000*
		高リスク	4.50(0.86)	
		依存症疑い	3.40(1.35)	
会社の同僚または友人	136	低リスク	4.29(1.00)	0.000*
		高リスク	4.39(0.92)	
		依存症疑い	3.41(1.28)	
気持ちが落ち着かなくなったとき				
医師	135	低リスク	4.59(0.76)	0.000*
		高リスク	4.41(1.00)	
		依存症疑い	3.38(1.39)	
家族	138	低リスク	4.41(0.86)	0.000*
		高リスク	4.28(0.75)	
		依存症疑い	3.17(1.31)	
会社の同僚または友人	134	低リスク	4.22(0.96)	0.000*
		高リスク	4.22(0.94)	
		依存症疑い	3.10(1.29)	
仕事や学業に支障が出たとき				
医師	134	低リスク	4.76(0.69)	0.000*
		高リスク	4.76(0.56)	
		依存症疑い	3.90(1.28)	
家族	140	低リスク	4.57(0.82)	0.000*
		高リスク	4.72(0.57)	
		依存症疑い	3.64(1.26)	
会社の同僚または友人	136	低リスク	4.63(0.91)	0.000*
		高リスク	4.78(0.55)	
		依存症疑い	3.71(1.23)	
人間関係がうまくいかなかったとき				
医師	132	低リスク	4.61(0.79)	0.000*
		高リスク	4.71(0.59)	
		依存症疑い	3.65(1.25)	
家族	138	低リスク	4.47(0.84)	0.000*
		高リスク	4.72(0.57)	
		依存症疑い	3.62(1.20)	
会社の同僚または友人	136	低リスク	4.45(0.87)	0.000*
		高リスク	4.56(0.70)	
		依存症疑い	3.62(1.23)	

Tukey HSD test. * p < 0.05

Table2-11-1 飲酒量を減らさなければならぬと思った経験

	全体		性別			所属		
	n	%	男性	女性	p 値	医療 機関	断酒 会	p 値
経験(N=166)					0.000*			0.000*
ある	80	48.2	64	16		22	58	
ほんの少しある	44	26.5	26	17		21	23	
ない	42	25.3	11	31		39	3	
きっかけとなった出来事								
二日酔いが続いた	67	41.9	46	21	0.103	25	42	0.017*
飲んだ翌日、会社あるいは学校に遅刻した	49	30.6	32	17	0.484	21	28	0.348
飲んでいて終電に乗り遅れた	31	19.4	22	9	0.216	11	20	0.108
酔って駅のホームで寝ていた	29	18.1	15	14	0.245	19	10	0.042*
酔って言い過ぎた	46	28.8	30	16	0.513	20	26	0.425
飲んでいた時の記憶がない	78	48.8	53	25	0.09	29	50	0.003*
酔って暴れた	31	19.4	12	19	0.004*	21	10	0.017*
酔って暴言を吐いた	48	30	28	20	0.62	21	27	0.437
飲んだ翌日、周囲の反応がいつもと違った	42	26.3	24	18	0.525	19	23	0.628
からだを壊した、あるいは不調を感じた	86	53.8	55	31	0.449	36	50	0.073
精神的に落ち着かなくなった	43	26.9	31	12	0.088	12	31	0.002*
仕事や学業に影響が出た	59	36.9	39	20	0.336	21	38	0.013*
人からお酒に誘われることが減った、あるいは無くなった	24	15	18	6	0.134	9	15	0.245
飲むといつも人に絡む	23	14.4	8	15	0.005*	16	7	0.029*
飲んで人をハラハラさせる	26	16.3	15	11	0.684	13	13	0.863
飲むとくどくなる	33	20.6	24	9	0.129	11	22	0.051
健診前だから	35	21.9	25	10	0.162	12	24	0.039*
その他	26	16.3	13	13	0.198	15	11	0.303

*p<0.05 経験の有無は t test、きっかけとなった出来事は Pearson's χ^2 test で検討した。

Table2-11-2 AUDIT 得点からみた飲酒量を減らさなければならぬと思った経験

	低リスク (N=51)	高リスク (N=18)	依存症疑い (N=74)	p 値
経験(N=143)				0.000*
ある	12	12	27	
ほんの少しある	9	7	2	
ない	51	21	2	
きっかけとなった出来事				
二日酔いが続いた	16	7	39	0.105
飲んだ翌日、会社あるいは学校に遅刻した	18	1	27	0.039*
飲んでいて終電に乗り遅れた	7	2	20	0.157
酔って駅のホームで寝ていた	16	1	10	0.008*
酔って言い過ぎた	12	5	24	0.679
飲んでいた時の記憶がない	19	7	47	0.021*
酔って暴れた	17	2	9	0.005*
酔って暴言を吐いた	16	3	26	0.375
飲んだ翌日、周囲の反応がいつもと違った	14	2	24	0.236
からだを壊した、あるいは不調を感じた	26	6	47	0.095
精神的に落ち着かなくなった	9	1	29	0.005*
仕事や学業に影響が出た	16	3	33	0.09
人からお酒に誘われることが減った、あるいは無くなった	7	1	14	0.397
飲むといつも人に絡む	10	3	8	0.305
飲んで人をハラハラさせる	10	2	12	0.655
飲むとくどくなる	8	2	20	0.229
健診前だから	9	2	18	0.468
その他	7	2	9	0.916

*p<0.05

経験は一元配置分散分析、きっかけとなった出来事は Pearson's χ^2 test で検討した。尚、経験は高リスク、依存症疑い共に低リスクのみと有意な差を認めた。

Table2-12-1 性別、所属、AUDIT 得点と K6

	平均値(SD)	カットオフポイント		p 値
		5 点未満	5 点以上	
全体(N=161)	6.54(7.25)	81 人(50.6%)	79 人(49.4%)	
性別				0.00*
男性	9.15(7.54)	33	63	
女性	2.73(4.70)	48	16	
所属				0.00*
医療機関				
男性	2.48(3.18)	17	6	
女性	1.78(3.04)	47	11	
断酒会				
男性	11.25(7.29)	16	57	
女性	12.00(7.67)	1	5	
AUDIT カットオフポイント				0.00*
低リスク	2.18(3.38)	37	13	
高リスク	1.50(2.55)	15	3	
依存症疑い	10.96(7.28)	17	54	

*p<0.05

性別、所属は Pearson's χ^2 test、AUDIT カットオフポイントは一元配置分散分析で検討した。

Table2-12-2 性別、AUDIT 得点と現在の K6

	平均値(SD)	カットオフポイント		p 値
		5 点未満	5 点以上	
全体(N=83)	4.39(5.12)	54 人(65.1%)	29 人(34.9%)	
性別				0.113
男性	4.09(4.76)	51	25	
女性	8.83(7.86)	2	4	
AUDIT カットオフポイント				
低リスク	0	0	0	
高リスク	0	1	0	
依存症疑い	4.34(5.26)	49	24	

Fisher's exact test. p<0.05

断酒会のための調査項目である。

Table2-13-1 ギャンブルをする習慣

	あり	なし	p 値
全体	44 人 (25.9%)	126 人 (74.1%)	
性別			0.018*
男性	33	71	
女性	10	55	
所属			0.044*
医療機関			
男性	7	18	
女性	9	50	
断酒会			
男性	26	53	
女性	1	5	
AUDIT カットオフポイント			0.053
低リスク	7	43	
高リスク	5	13	
依存症疑い	25	50	

Pearson's χ^2 test *p<0.05

Table2-13-2 ギャンブルによる問題発生の有無

	大きな問題が生じている	どちらかと言え ば問題が生じて いる	どちらともいえ ない	あまり問題が生 じていない	全く問題が生じ ていない
全体(N=44)	5 人 (11.4%)	11 人 (25%)	5 人 (11.4%)	12 人 (27.3%)	11 人 (25.0%)
性別					
男性	4	10	3	10	6
女性	1	1	2	2	4
所属					
医療機関					
男性	0	1	2	3	1
女性	1	1	1	2	4
断酒会					
男性	4	9	1	7	5
女性	0	0	1	0	0
AUDIT カットオフポイント					
低リスク	1	0	0	3	3
高リスク	0	2	2	0	1
依存症疑い	4	7	2	6	6

ギャンブルをする習慣がある者のみに回答を求めた。

Table2-14 飲酒をする動機

項目(信頼性係数)	因子負荷量				
	F1	F2	F3	F4	F5
F1「問題の棚上げ」 ($\alpha=0.959$)					
19. お酒がなければ仕事や学業の成果をあげられないから	.970	-.179	.157	.056	-.187
21. お酒がないと仕事への意欲がわからないから	.969	-.016	-.023	-.010	-.155
35. 身体を壊していることを忘れるため	.921	-.154	.049	-.088	-.061
41. 自分が怒りっぽくなっていることに気付かないようにするため	.863	-.090	.019	-.013	.039
49. 自分の飲み方に関して人から指摘を受けて余計に飲みたくなったから	.807	-.144	.102	.041	.132
20. 自分のお酒の事で人から指摘を受けたが、受け入れられないから	.776	.037	.041	-.022	-.048
34. お酒を飲まないと手の震えが止まらないため	.754	-.054	.012	-.014	.068
42. 自分の飲み方に気になる点があるのを忘れるため	.709	.119	-.012	-.108	.112
31. 二日酔いを抑えるため	.700	.215	-.176	.134	-.075
48. 人と飲むことを避けている	.692	.076	-.202	.046	.064
5. 薬として有効だから	.673	.131	-.046	.047	-.140
28. 未来がより良くなるから	.644	-.088	.294	.099	.007
36. そわそわするのを落ち着けるため	.590	.194	-.140	.051	.226
50. 自分に失望したため	.588	.107	.059	-.114	.151
43. お酒を飲まないで落ち着かないため	.535	.339	-.224	.034	.217
17. 良い考えを思いつくから	.521	.150	.080	.155	-.003
F2「日常生活の中での気分転換」 ($\alpha=0.959$)					
7. 悩みを解消(軽減)するため	.095	.974	-.071	-.101	-.100
15. 嫌なことを忘れるため	.098	.958	-.009	-.144	-.130
13. 気晴らしのため	-.166	.869	.091	.055	-.038
11. ストレス解消のため	.018	.841	.023	.117	-.119
14. 緊張を緩めるため	-.071	.777	.010	.126	.056
10. 寂しさを紛らわせるため	.228	.751	.033	-.239	-.015
8. 感情を出しやすくするため	.016	.700	.095	-.142	.189
2. 楽しい気分になるため	-.107	.662	.207	.310	-.176
1. 疲れを癒すため	.065	.656	-.046	.349	-.080
30. 酔った時の感覚を楽しみたいから	-.048	.656	-.050	.227	.101
3. 自信を持つため	.375	.580	.072	-.091	-.080
9. より積極的になるため	.178	.537	.213	-.105	.110
39. 気分が落ち込まないようにするため	.298	.476	-.045	-.111	.297
F3「人間関係の円滑化」 ($\alpha=0.933$)					
25. 人とのコミュニケーションを取りやすくなるから	-.069	.136	.889	-.044	.031
26. 人間関係が親密になるから	-.137	.191	.839	-.017	.072
24. 仕事やサークル活動をしやすくするため	.268	-.185	.817	-.002	-.032
23. 人との交流を図るため	-.114	.157	.756	.108	.052
F4「お酒・食事を楽しむ」 ($\alpha=0.684$)					
22. お酒の味を楽しむため	-.078	-.076	.012	.767	.153
6. 食事をおいしく味わうため	.059	.085	.013	.577	-.026
27. お酒を飲むのが趣味だから	.209	.190	.062	.427	.111
F5「性的効果を高める」 ($\alpha=0.936$)					
45. 性的に敏感になるため	.100	-.149	.042	.061	.955
47. 性的な興奮を高めるため	.022	-.061	.048	.084	.891

Table2-15 飲酒により実際に経験した事柄

項目(信頼性係数)	因子負荷量		
	F1	F2	F3
F1「失敗, 関係・心の不調和」 ($\alpha=0.953$)			
19. お酒が原因で人間関係がぎくしゃくした	.930	-.072	-.022
20. お酒が原因で人が離れていった	.898	-.110	.028
13. お酒を飲んだ翌日会社や学校に遅刻した	.884	.060	-.174
15. お酒を飲んだ翌日はミスが多くなる	.882	.008	.029
16. お酒を飲んだ翌日に欠勤・欠席した	.881	.046	-.206
18. お酒を飲むと人に迷惑をかける	.806	.078	.036
12. お酒を飲むと怒りっぽくなる	.740	-.022	.200
14. 二日酔いで早退した	.736	.006	-.100
6. お酒を飲むと記憶が飛ぶ	.726	.008	.078
7. お酒を飲んで肝臓・膵臓等を壊した	.702	.039	-.142
11. お酒を飲むと投げやりな気持ちになる	.702	-.099	.312
10. お酒を飲むと情緒不安定になる	.600	.077	.231
F2「関係・効率の向上」 ($\alpha=0.837$)			
1. お酒を飲むと人間関係が円滑になる	-.077	.923	.048
17. お酒を飲むと人間関係が深まる	-.135	.911	.088
8. お酒を飲むと心が和む	.252	.658	-.109
2. お酒を飲むと仕事の効率が上がる	.280	.420	-.042
F3「身体的不調」 ($\alpha=0.837$)			
3. お酒を飲むと気持ちが悪くなる	-.171	-.008	.891
4. お酒を飲むと身体がだるくなる	-.056	.022	.850
5. お酒を飲むと悪酔いする	.252	.058	.677

Table2-16 結果に対する受け止め方

項目(信頼性係数)	因子負荷量	
	F1	F2
F1「失敗、関係・心身の不調」 ($\alpha=0.950$)		
20. お酒が原因で人が離れていった	.870	-.103
16. お酒を飲んだ翌日に欠勤・欠席した	.859	-.032
13. お酒を飲んだ翌日会社や学校に遅刻した	.857	-.001
18. お酒を飲むと人に迷惑をかける	.857	.001
15. お酒を飲んだ翌日はミスが多くなる	.854	-.071
14. 二日酔いで早退した	.835	-.010
19. お酒が原因で人間関係がぎくしゃくした	.832	-.044
6. お酒を飲むと記憶が飛ぶ	.746	.028
12. お酒を飲むと怒りっぽくなる	.724	.080
11. お酒を飲むと投げやりな気持ちになる	.713	.115
10. お酒を飲むと情緒不安定になる	.700	.141
7. お酒を飲んで肝臓・膵臓等を壊した	.693	.021
5. お酒を飲むと悪酔いする	.675	-.015
3. お酒を飲むと気持ちが悪くなる	.628	-.085
4. お酒を飲むと身体がだるくなる	.619	-.003
F2「人間関係・気分を変える」 ($\alpha=0.788$)		
17. 人間関係を深めるためにお酒を用いる	-.098	.816
8. 心を和ませるためにお酒を用いる	-.026	.737
1. 人間関係を円滑にするためにお酒を用いる	-.048	.683
9. お酒を飲むと気が大きくなる	.261	.554

Table2-17 飲み過ぎてしまう場面

項目(信頼性係数)	因子負荷量	
	F1	F2
F1「活動・仕事の合間や後」($\alpha=0.855$)		
2. 昼食の時に飲む時	.828	-.224
1. 仕事帰りに一人で飲む時	.751	-.151
7. テレビを見ながら飲む時	.722	.188
8. 音楽やラジオを聴きながら飲む時	.716	.038
9. 晩酌の時	.665	.185
6. スポーツをした直後に飲む時	.537	.203
F2「人と飲む」 ($\alpha=0.813$)		
5. 友達と飲む時	-.128	.946
3. お店で仲間と飲む時	.025	.859
4. 妻もしくは夫や恋人と飲む時	.047	.531

Table2-18 飲み過ぎた時の対処法

項目(信頼性係数)	因子負荷量	
	F1	F2
F1「飲み方の変更」($\alpha=0.903$)		
4. 飲む量を減らす	1.036	-.212
3. ゆっくり飲む	.857	-.136
1. 飲む量を決めて飲む	.803	.018
2. 飲み始める機会を控える	.758	.066
5. 飲む時間を決める	.603	.195
6. 休肝日をつくる	.518	.225
8. お酒を勧められても断る	.483	.237
F2「活動・相談」($\alpha=0.878$)		
11. からだを動かす	-.111	.875
14. 旅行に行く	-.021	.766
10. 人と話をする	.062	.696
7. 友人・知人に相談する	.059	.636
12. 楽しみを見つける	.148	.629
9. 医師・医療従事者に相談する	-.139	.623
13. 飲みすぎの原因に対処する	.319	.586

Table2-19 AUDIT と危険な飲酒に関連する要因との相関

変数	N	相関係数
基本属性		
性別	172	-.602**
年齢	170	.648**
所属別	272	-.917**
初飲年齢	168	-.104
フラッシング	169	.370**
大酒飲みの家族	165	-.168*
過去の職業		
管理的職業	21	.016
専門的・技術的職業	24	-.211
事務	19	.067
販売	13	.215
サービス職業	16	.107
運搬・清掃・包装等	23	-.048
飲酒動機		
F1「問題の棚上げ」	152	.820**
F2「日常生活の中での気分転換」	154	.691**
F3「人間関係の円滑化」	162	.220**
F4「お酒・食事を楽しむ」	160	.306**
F5「性的効果を高める」	162	.491**
飲酒により実際に経験した事柄		
F1「失敗、関係・心の不調和」	156	.859**
F2「関係・効率の向上」		.368**
F3「身体的不調」		.208*
結果に対する受け止め方		
F1「失敗、関係・心身の不調」	159	-0.004
F2「人間関係・気分を変える」	163	0.136
飲み過ぎる場面		
F1「活動・仕事の合間や後」	159	.799**
F2「人と飲む」	161	.189*
対処法		
F1「飲み方の変更」		-.386**
F2「活動・相談」		-0.152
K6		
K6 合計得点	161	0.703**
ギャンブル		
問題の程度	170	-0.327*
FACESKE		
かじとり	148	-0.138
きずな	152	-0.127

Pearson **p<0.01 *p<0.05

Table2-20 AUDIT を従属変数とした階層的重回帰分析（強制投入法）の結果

変数	Model 1			Model 2			Model 3			Model 4			Model 5		
	β	t	p 値	β	t	p 値	β	t	p 値	β	t	p 値	β	t	p 値
基本属性															
年齢	0.390	4.864	0.000**	0.149	2.453	0.016*	0.170	3.284	0.001**	0.175	3.267	0.002**	0.173	3.209	0.002**
性別	-0.344	-4.166	0.000**	-0.184	-3.252	0.002**	-0.128	-2.676	0.009**	-0.131	-2.597	0.011**	-0.13	-2.567	0.012**
初飲年齢	-0.079	-1.067	0.289	-0.007	-0.133	0.895	0.024	0.589	0.557	0.026	0.629	0.531	0.036	0.835	0.406
フラッシング	0.190	2.591	0.011**	0.169	3.25	0.002**	0.113	2.445	0.016*	0.102	2.123	0.037*	0.090	1.809	0.074
飲酒動機															
F1「問題の棚上げ」				0.352	3.886	0.000**	0.122	1.454	0.150	0.112	1.325	0.189	0.123	1.439	0.154
F2「日常生活の中での気分 転換」				0.426	5.744	0.000**	0.164	2.243	0.027*	0.144	1.927	0.057	0.148	1.974	0.052
F3「人間関係の円滑化」				-0.144	-2.455	0.016	-0.081	-1.405	0.164	-0.075	-1.301	0.197	-0.069	-1.196	0.235
F4「お酒・食事を楽しむ」				-0.015	-0.277	0.783	0.04	0.853	0.396	0.054	1.124	0.264	0.052	1.068	0.288
F5「性的効果を高める」				0.002	0.030	0.976	0.002	0.03	0.976	0.000	-0.002	0.998	0.006	0.114	0.909
飲酒により実際に経験した事柄															
F1「失敗、関係・心の不調 和」							0.512	6.650	0.000*	0.505	6.529	0.000**	0.552	5.953	0.000**
F2「関係・効率の向上」							0.013	0.240	0.811	0.020	0.372	0.711	0.015	0.277	0.782
F3「身体的不調」							-0.001	-0.022	0.982	0.001	0.018	0.985	0.005	0.107	0.915
結果に対する受け止め方															
F1「失敗、関係・心身の不 調」							0.009	0.211	0.833	0.011	0.263	0.793	0.017	0.382	0.703
F2「人間関係・気分を変え る」							0.008	0.179	0.858	0.005	0.116	0.908	0.009	0.199	0.843
対処法															
F1「飲み方の変更」										-0.076	-1.274	0.206	-0.078	-1.312	0.193
F2「活動・相談」										0.032	0.551	0.583	0.029	0.483	0.630
K6															
K6 合計得点													-0.071	-0.931	0.355
	R ²	0.522		0.812			0.880			0.882			0.884		
	Δ R ²	0.522		0.290			0.068			0.002			0.001		

**p<0.01 *p<0.05

研究 3 危険なギャンブリングの認識における変化のプロセス

Table 3-1 対象者の背景

ケース ID	現在の年齢(歳)		本人の性別	家族 (本人との関係)	本人の最終学歴	職業		SOGS 得点		ギャンブル 開始年齢 (歳)
	本人	家族				本人	家族	本人	家族から 見て	
1	40 歳代前半	40 歳代前半	男性	妻	大学	会社員	パート	18	15	15
2	30 歳代前半	30 歳代後半	男性	妻	専門学校	会社員	主婦	17	17	15
3	40 歳代前半	40 歳代後半	男性	妻	大学	会社経営	カウンセラー	17	18	15
4	30 歳代後半	30 歳代後半	男性	妻	大学	会社員	会社員	18	18	16
5	40 歳代後半	40 歳代後半	男性	妻	大学	教師	介護職	15	16	18
6	40 歳代前半	40 歳代前半	男性	妻	大学	教師	パート	10	13	5
7	60 歳代前半	60 歳代前半	男性	妻	大学	会社員	主婦	14	17	18
8	30 歳代前半	30 歳代前半	男性	妻	大学	教師	教師	17	18	24

SOGS 得点 5 点以上は病的ギャンブラーを示す。

Table 3-2 病的ギャンブリング（依存症）と関連する疾患の既往と傾向

	既往あり		傾向あり	
	本人	家族から見て	本人	家族から見て
鬱	1			3
アルコール	1		3	3
インターネット	1			
女性	1	1		
買い物			1	1
タバコ				1
気分障害				1
借金			1	
過食			1	

人数を示す。

Table 3-3 経験したギャンブルの種類

種類	週1回以 上	週1回未 満
	n(%)	n(%)
パチンコ	7(87.5)	1(12.5)
ストロ・ポーカーマシン	5(62.5)	2(25.0)
賭け麻雀・将棋	4(50.0)	3(37.5)
競馬	2(25.0)	3(37.5)
競艇・オートレース	2(25.0)	1(12.5)
カード賭博	1(12.5)	2(25.0)
合法・非合法カジノ	1(12.5)	1(12.5)
ナンバーズ・宝くじ・サッカーくじ等	1(12.5)	3(37.5)
スポーツ賭博	0	3(37.5)
サイコロ賭博	0	3(37.5)
賭けゴルフ・ビリヤード・ダーツ等	0	3(37.5)
競輪	0	2(25.0)
インターネット賭博	0	1(12.5)
証券信用取引・先物取引	0	1(12.5)

複数回答

Table3-4 ギャンブル開始からの年数

	平均	SD	Range
現在の年齢(歳)	42.9	10.1	31-64
ギャンブル開始(歳)	16.0	5.3	5-24
サラ金からの借金開始(歳)	26.8	8.3	18-44
医療機関受診(歳)	36.0	11.7	26-56
SHG 参加(歳)	35.8	5.4	30-45
施設入所(歳)	38.8	6.3	33-46
ギャンブル開始からの年数(年)			
サラ金	11.0	8.6	0-26
医療機関	18.4	12.4	6-38
SHG	20.0	9.2	6-37
施設入所	22.8	5.6	17-28
借金開始からの年数(年)			
医療機関	5.4	4.7	0-12
SHG	9.0	7.1	1-22
施設入所	13.8	7.3	7-23

Table3-5 医療機関、もしくは SHG の情報入手経路

	本人(n)	家族(n)
家族、親戚	7	1
インターネット	5	6
書籍、雑誌	3	3
友人・知人	2	0
弁護士	0	1
その他	クリニック	クリニック 保健所 依存症セミナー

複数回答

Table3-6 ギャンブラー本人と家族の認識に関するカテゴリー・サブカテゴリー

カテゴリー	サブカテゴリー	
	本人	家族
Step 1	ギャンブルが力を与える	ギャンブルが力を与える
ギャンブルの効果を経験する	ギャンブルする機会を保持する	
	Step2	
お金をやりくりしながらギャンブルを楽しむ	ギャンブルを覚える	
	勝負のスリルを味わう	
	ギャンブルすることが優先される	
	ルーズな金銭感覚	
	ギャンブルするための資金を捻出する	
		はまるほどとは思わない 約束が守られない
Step3 ギャンブルへの動機づけが強化される	ギャンブルに浸る	
	好奇心が勝る	
	逃れたい現実がある	ギャンブルすることで現実から逃れる
	役割を担うことで変わる	
	ギャンブルするための理由がある	
	ギャンブルできない条件がある	
	限られた時間を使う	
	種類により異なる	
	ギャンブルする条件が整わない	
		妻(彼女)のための努力が感じられる
Step4 金銭の入手経路を多様化する	お金を借りなければ賄えなくなる	
	自他の金銭の境界を感じない	
	使用可能なお金の額が狭まる	
Step5 病気という認識がなく、借金・返済の自転車操業に陥る	ギャンブルに寛容な環境	
	事実を内に秘める	相談できない
	隠すことで関係がゆがむ	
	ギャンブルに時間を割く	
	ギャンブルにお金を回す	
	ギャンブルへの欲求が勝る	
	借金が追い詰める	借金が追いつめる
	借金をひた隠しにする	妻に内緒で友人からもお金を借りる
	離れたいのに離れられない	
	借金が発覚する	隠しきれなくなる
	家族が借金の尻拭いをする	家族が借金を返済する
	親戚を頼る	
	借金から解放される	気楽になる
	望みを残す	
	家族も対策を取る	
	病気とは思わない	問題は借金
	家のお金を持ち出す	
	職場のお金を使う	資金源を変更する
	休日にも家にはいない 子供が仲裁する	

Step6 追い込まれ、治療や施設に結びつく	居場所を求める	居場所を求める
	忘れられない感覚を求める	感覚を欲する
	ギャンブルを捨てたくはない	のめり込まずにはいられない
	家族が心に深い傷を負う	
	踏みとどまる	闇金というハードル
	働けない	追い込まれ、不安定になる
	万策尽きる	助けを求める
	回復の端緒をつかむ	医療に繋がる
	回復の術を知る	家族が SHG に結びつける
	あがき、観念する	状況を受け入れる

*ギャンブラー本人と家族のサブカテゴリーで隣り合うものは同一の内容を示す。

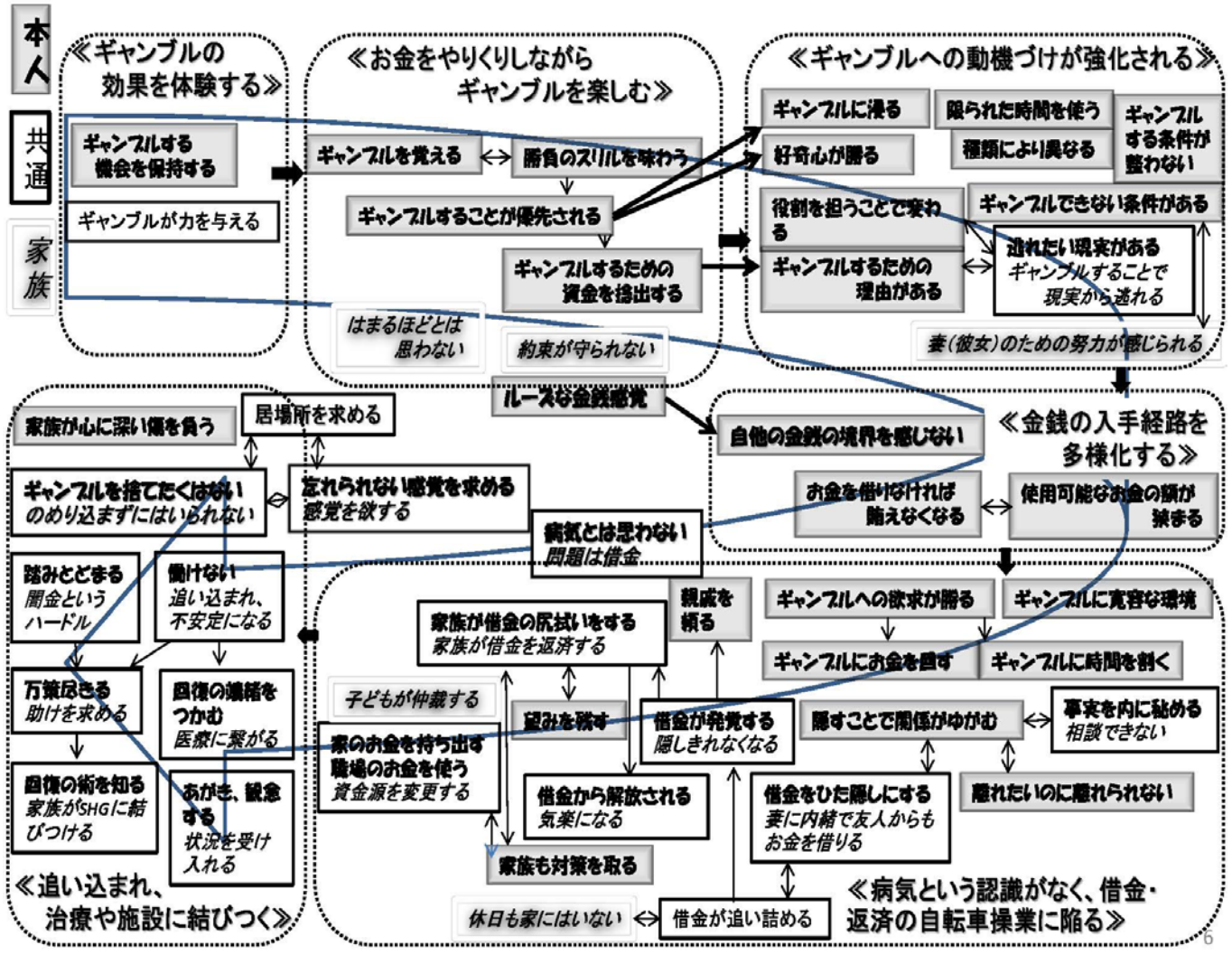


Figure3-1 本人と家族の認識のプロセス

- * 《 》はカテゴリー、中央の矢印はギャンブル問題が深刻化している様子を表す。また、小さな矢印は、カテゴリー間の関連、サブカテゴリー間の関連を示す。
- * 本人が本人のみから抽出されたサブカテゴリー、共通は本人と家族に共通するサブカテゴリー、家族は家族のみから抽出されたサブカテゴリーを示す。

研究 4 危険なギャンブルのリスク判断と段階に応じた介入方法の検討

Table4-1 基本属性

変数	N	頻度及び平均(±SD)		男性		女性		p 値
		n	%	n	%	n	%	
年齢	176	41.78	(±10.95)					0.84
10代		1	0.6	1		0		
20-24歳		4	2.3	4		0		
25-29歳		17	9.7	17		0		
30-34歳		28	15.9	25		3		
35-39歳		32	18.2	30		2		
40-44歳		33	18.8	28		5		
45-49歳		20	11.4	18		2		
50-54歳		17	9.7	15		2		
55-59歳		10	5.7	10		0		
60-64歳		6	3.4	6		0		
65歳以上		8	4.5	8		0		
性別	176							
男性		162	92.1					
女性		14	8.0					
職業	172							
現在								
管理職		16	9.1	16	100	0	0	
専門的・技術職		27	15.4	26	96.3	1	3.7	
事務		16	9.1	11	68.8	5	31.3	
販売		8	4.6	8	100	0	0	
サービス業		22	12.6	21	95.5	1	4.5	
保安・運搬・製造等		13	8.6	13	100	0	0	
学生		2	1.1	2	100	0	0	
その他		69	39.4	62	89.9	7	10.1	
過去								
管理職		26	15.1	24	92.3	2	7.7	0.64
専門的・技術職		44	25.6	41	93.2	3	6.8	0.50
事務		33	19.2	25	75.8	8	24.2	0.01*
販売		55	31.3	49	89.1	6	10.9	0.27
サービス業		65	37.8	61	93.8	4	6.2	0.46
保安・運搬・製造等		44	25.4	43	97.7	1	2.3	0.08
その他		21	12.2	19	90.5	2	9.5	0.53
1週間の平均労働時間	162			149	92.0	13	8.0	0.07
40時間未満		59	36.4	51		8		
40時間以上 45時間未満		41	25.3	36		5		
46時間以上 50時間未満		25	15.4	25		0		
51時間以上 55時間未満		16	9.9	16		0		
56時間以上		21	13.0	21		0		
家族構成	166							0.65
単身世帯		43	25.9	39		4		
夫婦のみ		25	15.1	22		3		
二世帯同居(子と同居)		44	26.5	42		2		
二世帯同居(親と同居)		36	21.7	34		2		
三世帯同居		7	4.2	7		0		
その他		11	6.6	8		3		

*p<0.05 労働時間、家族構成は t test、過去の職業は Fisher's exact test で検討した。

Table4-2 家族歴

変数	N	全体		男性		女性		p 値
		n	(%)	n	%	n	%	
ギャンブルをする家族の有無	166							
いる		103	(62.0)	93	(90.3)	10	(0.7)	
父親		64	(62.1)	59		5		0.82
母親		15	(14.6)	10		5		0.00*
祖父		17	(16.5)	16		1		0.57
祖母		3	(2.9)	3		0		0.77
兄弟姉妹		48	(46.6)	45		3		0.38
配偶者		7	(6.8)	3		4		0.00
血縁・婚姻関係のない同居者		2	(1.9)	1		1		0.16
その他		9	(8.7)	6		3		0.03*
いない		63	(38.0)	59		4		0.45
借金をした経験のある家族の有無	166							
いる		53	(31.9)	46		7		
父親		27	(50.9)	24		3		0.41
母親		8	(15.1)	8		0		0.49
祖父		4	(7.5)	3		1		0.30
祖母		2	(3.8)	2		0		0.84
兄弟姉妹		22	(41.5)	21		1		0.42
配偶者		2	(3.8)	1		1		0.16
血縁・婚姻関係のない同居者		0	0.0	0		0		
その他		6	(11.3)	5		1		0.42
いない		113	(68.1)	105		8		0.27

Fisher's exact test. *p<0.05

Table4-3 ギャンブルを開始した年齢

	全体(N=163)		男性	女性	p 値
	n	%			
平均(SD)	18.01(4.32)		17.87 (4.15)	19.43 (5.81)	0.18
12 歳未満	7	4.3	6	1	
12-14 歳	9	5.5	9	0	
15-17 歳	49	30.1	46	3	
18-20 歳	73	44.8	68	5	
21-23 歳	13	8.0	12	1	
24-26 歳	8	4.9	5	3	
27-29 歳	1	0.6	0	1	
30 歳以上	3	1.8	3	0	

t test. $p < 0.05$

Table4-4 経験したことのあるギャンブルの種類

	N	週1回以上 (%)	月数回程 度(%)	年数回程 度(%)	過去数回 程度(%)	経験がない (%)
パチンコ(パチスロを含む)	166	151 (91.0)	10 (6.0)	2 (1.2)	3 (1.8)	0
スロットマシン、ポーカーマシン等のゲーム機	154	33 (21.4)	7 (4.5)	8 (5.2)	32 (20.8)	74 (48.1)
競馬	157	27 (17.2)	13 (8.3)	19 (12.1)	51 (32.5)	47 (29.9)
競輪	155	5 (3.2)	4 (2.6)	6 (3.9)	25 (16.1)	115 (74.2)
競艇やオートレース	154	8 (5.2)	2 (1.3)	5 (3.2)	31 (20.1)	108 (70.1)
賭け麻雀、賭け将棋	156	13 (8.3)	12 (7.7)	25 (16.0)	39 (25.0)	67 (42.9)
インターネット賭博	150	2 (1.3)	1 (0.7)	2 (1.3)	3 (2.0)	142 (94.7)
花札、バカラやポーカーなどカードを使った賭博	153	3 (2.0)	4 (2.6)	4 (2.6)	28 (18.3)	114 (74.5)
野球賭博などスポーツにお金を賭ける賭博	154	0	1 (0.6)	9 (5.8)	27 (17.5)	117 (76.0)
サイコロ賭博(丁半賭博、チンチロリンなど)	152	0	0	3 (2.0)	18 (11.8)	131 (86.2)
金を賭けたゴルフ、ビリヤード、ダーツ等の試合	154	0	4 (2.6)	15 (9.7)	39 (25.3)	96 (62.3)
合法または非合法のカジノ	154	3 (1.9)	0	1 (0.6)	14 (9.1)	136 (88.3)
ナンバーズ、宝くじ、サッカーくじなどを使った賭博	159	16 (10.1)	24 (15.1)	31 (19.5)	62 (39.0)	26 (16.4)
証券の信用取引、または先物取引市場への投資	152	2 (1.3)	1 (0.7)	1 (0.7)	4 (2.6)	144 (94.7)
その他	41	2 (4.9)	0	1 (2.4)	1 (2.4)	37 (90.2)

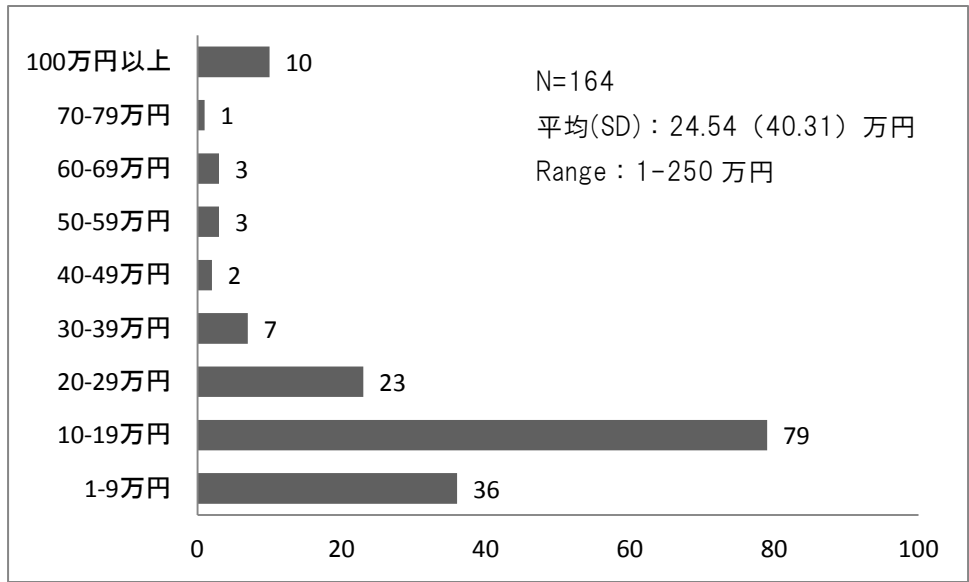


Figure4-1 1日に賭けた最高金額
 図中の数字は人数を示す。

Table4-5 SOGS 得分

得分	全体(N=120)		男性	女性	p 值
	n	%			
平均(SD)	14.86(2.70)		15.07(2.57)	12.73(3.20)	0.04*
5 点以下	0	0	0	0	
6	1	0.8	0	1	
7	1	0.8	1	0	
8	2	1.7	2	0	
9	2	1.7	1	1	
10	2	1.7	2	0	
11	6	5.0	4	2	
12	10	8.3	10	0	
13	6	5.0	5	1	
14	13	10.8	11	2	
15	19	15.8	16	3	
16	25	20.8	25	0	
17	12	10.0	11	1	
18	18	15.0	18	0	
19	3	2.5	3	0	
20	0	0	0	0	

t test. *p<0.05

Table4-6 性別、SOGS 中央値と K6

	平均値(SD)	カットオフポイント		p 値
		5 点未満	5 点以上	
全体 (N=166)	15.93 (7.00)	15 人 (9.0%)	151 人 (91.0%)	
性別				0.63
男性	15.81 (7.06)	14	138	
女性	17.29 (6.50)	1	13	
SOGS 中央値				0.174
15 点未満	0	5	36	
15 点以上	0	4	70	

Fisher's exact test. $p < 0.05$

Table4-7 性別、SOGS 中央値と CAGE

	平均値 (SD)	カットオフポイント		p 値
		2 点未満	2 点以上	
全体 (N=165)	1.03 (1.46)	117 人 (70.9%)	48 人 (29.1%)	
性別				0.167
男性	1.09 (1.50)	105	46	
女性	0.43 (0.92)	12	2	
SOGS 中央値				0.414
15 点未満	0	26	13	
15 点以上	0	57	18	

p<0.05 性別は Fisher's exact test、SOGS 中央値は Pearson's χ^2 test で検討した。

Table4-8 FACESKGIV-8

	全体		男性	女性	SOGS 中央値		p 値
	n	%			15 点未満	15 点以上	
かじとり(N=165)							0.651
融通なし	50	30.3	47	3	13	25	
キッチリ	28	17.0	24	4	5	14	
柔軟	37	22.4	35	2	11	16	
てんやわん や	50	30.3	45	5	14	19	
きずな(N=168)							0.829
バラバラ	75	44.6	70	5	19	31	
サラリ	18	10.7	16	2	6	8	
ピッタリ	24	14.3	24	0	6	12	
ベッタリ	51	30.4	44	7	11	25	

Pearson's χ^2 test p<0.05

Table4-9 ギャンブルをする動機

項目(信頼性係数)	因子負荷量				
	F1	F2	F3	F4	F5
F1「ギャンブル問題からの逃避」 ($\alpha=0.918$)					
41. 自分が怒りっぽくなっていることに気付かないようにするため	.919	.048	-.140	-.077	-.071
42. 自分のギャンブルの仕方に気になる点があるのを忘れるため	.898	.006	-.194	.039	.049
46. 人間関係が悪くなることに自分が気付かないようにするため	.781	-.001	-.047	.044	-.051
50. ギャンブルの動機/自分に失望したため	.754	-.087	-.058	.018	.045
37. 自分の行動に関心がなくなっているのを忘れるため	.736	.021	.017	-.080	.040
40. 自分が駄目な人間に感じるのを忘れないから	.735	-.046	.082	.034	-.029
44. 人を避けるため	.665	-.098	.041	.042	.048
35. 感情を麻痺させるため	.598	-.049	.322	-.070	-.149
36. そわそわするのを落ち着けるため	.539	.037	.134	-.016	-.019
39. 気分が落ち込まないようにするため	.514	.082	.247	.204	-.099
49. 自分のギャンブルの仕方に関して人から指摘を受けて余計に しなくなったから	.480	.143	-.054	.063	.094
F2「人間関係の円滑化」 ($\alpha=0.852$)					
25. 人とのコミュニケーションを取りやすくなるから	.094	.815	-.068	-.066	.049
26. 人間関係が親密になるから	-.165	.813	.020	.082	-.082
23. 人との交流を図るため	-.072	.763	-.013	.161	-.012
24. 仕事やサークル活動をしやすくするため	.170	.734	-.152	-.065	.054
9. より社会的になるため	.006	.676	.252	-.067	-.051
16. 付き合いのため	-.103	.544	-.235	.200	-.059
8. 感情を出しやすくするため	.304	.442	.167	-.236	.049
5. 人からの賞賛を得るため	-.024	.407	.297	.007	.129
F3「日常生活の中での気分転換」 ($\alpha=0.820$)					
15. 嫌なことを忘れるため	-.075	-.017	.901	.072	.033
7. 悩みを解消(軽減)するため	.035	.030	.690	-.248	.102
10. 寂しさを紛らわせるため	.231	-.060	.586	.142	-.083
1. 疲れを癒すため	-.127	-.004	.572	.191	-.116
34. 問題について考えたくないため	.302	-.090	.537	-.024	.077
11. ストレス解消のため	.072	-.026	.474	.184	.034
F4「遊びとしての楽しみ」 ($\alpha=0.731$)					
48. 喜びや楽しみを感じるため	.230	.033	-.081	.673	.057
12. 遊びとして楽しむため	-.127	.059	.022	.664	-.016
2. 楽しい気分になるため	.126	-.048	.081	.636	.041
19. 暇つぶしのため	-.101	.110	.148	.482	-.057
20. 好きな機種があるため	.012	-.031	.069	.453	.212
F5「金銭を得るための手段」 ($\alpha=0.822$)					
32. これまでの負けを取り戻すため	-.108	-.030	.099	.008	.920
31. 簡単にお金を稼ぐため	.081	.019	-.100	.109	.744

Table4-10 ギャンブル後に生じる事柄

項目(信頼性係数)	因子負荷量			
	F1	F2	F3	F4
F1「期待どおりの効果を得る」 ($\alpha=0.704$)				
10. 気分転換になる	.847	-.183	-.040	.165
3. 快感を得られる	.629	.034	.185	-.152
15. 時間つぶしになる	.593	.179	-.155	-.009
7. 会話の材料(話題)になる	.454	.043	.027	-.107
F2「状況が悪化する」 ($\alpha=0.751$)				
8. 仕事(あるいは自分の事)が手につかなくなる	.048	.799	-.154	-.062
14. 家族から責められる	-.017	.542	.031	.004
5. 人間関係が悪くなる	-.001	.527	.299	.081
9. 生活が苦しくなる	.048	.414	.165	.234
F3「金銭を失う」 ($\alpha=0.774$)				
2. 借金がかさむ	-.028	-.111	.951	-.020
4. お金が借りられなくなる	.053	.108	.670	.012
F4「空虚感に苛まれる」 ($\alpha=0.699$)				
11. むなしくなる	-.063	-.068	-.012	.921
12. 死にたくなる	-.024	.119	.010	.592

Table4-11 ギャンブルをし過ぎた時の対処法

項目(信頼性係数)	因子負荷量		
	F1	F2	F3
F1「他の方法の探索」($\alpha=0.876$)			
10. 人と話をする	.942	.035	-.147
7. 友人・知人に相談する	.741	.026	-.110
9. 医師・医療従事者に相談する	.726	.185	-.116
12. 楽しみを見つける	.721	.065	.175
13. 家族に相談する	.690	-.120	-.087
11. からだを動かす	.685	.170	.093
8. ギャンブルに誘われても断る	.647	-.143	.204
6. 日記をつける	.440	.104	.016
F2「責任・原因の転嫁」($\alpha=0.785$)			
18. 誰かのせいにする	.144	.826	.067
16. 上手く行った時時の事だけを考える	.004	.733	.053
17. 更にギャンブルをして気を晴らす	-.196	.653	-.095
22. 次にする時の対策を立てる	.008	.649	.093
21. 人に八つ当たりをする	-.003	.544	.104
5. 過食する	.131	.410	.004
4. 飲酒する	.223	.404	-.091
F3「制限」($\alpha=0.679$)			
19. ギャンブルに使うお金を決める	-.136	.242	.782
1. ギャンブルに費やす時間を決める	-.083	-.006	.678
2. ギャンブルに行く機会を控える	.212	-.311	.555
15. ひたすら我慢する	.092	.035	.408

Table4-12 SOGS と病的ギャンブリングに関連する要因との相関

	N	相関係数
基本属性		
性別	176	-.252**
年齢	176	.134
ギャンブル開始年齢	163	.026
過去の職業		
管理的職業	16	.232*
専門的・技術的職業	27	.019
事務	16	-.008
販売	8	.110
サービス職業	22	.163
保安・運搬・製造等	13	.087
学生	2	-.085
ギャンブルをする動機		
F1「ギャンブル問題からの逃避」	159	.268**
F2「人間関係の円滑化」	162	.008
F3「日常生活の中での気分転換」	163	.170
F4「遊びとしての楽しみ」	161	.110
F5「金銭を得るための手段」	165	.332**
ギャンブル後に生じる事柄		
F1「期待どおりの効果を得る」	161	-.071
F2「状況が悪化する」	160	.453**
F3「金銭を失う」	161	.503**
F4「空虚感に苛まれる」	160	.282**
ギャンブルをし過ぎた時の対処法		
F1「他の方法の探索」	153	-0.044
F2「責任・原因の転嫁」	163	.218*
F3「制限」	155	-.297**
K6		
K6 合計得点	166	-.031
飲酒		
CAGE	165	-.101
FACESKE		
かじとり	165	-.091
きずな	168	.049

Pearson **p<0.01 *p<0.05

Table4-13 SOGS を従属変数とした階層的重回帰分析（強制投入法）の結果

	Model 1			Model 2			Model 3		
	β	t	p 値	β	t	p 値	β	t	p 値
基本属性									
年齢	.129	1.264	.209	.183	1.924	.058	.223	2.523	.014*
性別	-.382	-3.919	.000**	-.337	-3.653	.000**	-.230	-2.633	.010**
ギャンブル開始年齢	.099	1.020	.310	.055	.582	.562	.012	.147	.884
過去の職業									
管理的職業	.176	1.786	.077	.142	1.582	.117	.125	1.547	.126
専門的・技術的職業	.079	.804	.423	-.008	-.084	.933	-.012	-.146	.884
事務	.227	2.235	.028*	.200	2.132	.036*	.123	1.448	.151
販売	.188	1.959	.053	.132	1.450	.150	.133	1.592	.115
サービス職業	.186	1.838	.069	.172	1.776	.079	.181	2.099	.039*
保安・運搬・製造等	.029	.310	.757	-.033	-.371	.712	-.070	-.890	.376
ギャンブルをする動機									
F1「ギャンブル問題からの逃避」				.288	2.618	.000**	.094	.862	.391
F2「人間関係の円滑化」				-.113	-1.167	.246	.026	.282	.779
F3「日常生活の中での気分転換」				-.109	-1.022	.309	-.126	-1.330	.187
F4「遊びとしての楽しみ」				-.006	-.063	.950	.045	.481	.632
F5「金銭を得るための手段」				.371	4.053	.000**	.258	3.020	.003**
ギャンブル後に生じる事柄									
F1「期待どおりの効果を得る」							-.151	-1.631	.107
F2「状況が悪化する」							.180	1.821	.072
F3「金銭を失う」							.196	1.982	.051
F4「空虚感に苛まれる」							.169	1.715	.090
ギャンブルをし過ぎた時の対処法									
F1「他の方法の探索」							.051	.581	.563
F2「責任・原因の転嫁」							-.071	-.773	.442
F3「制限」							-.214	-2.671	.009**
	R ²	.242		.417			.591		
	Δ R ²	.242		.175			.174		

**p<0.01 *p<0.05

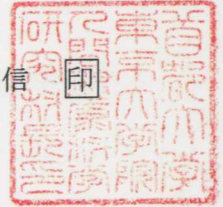
資料

23首都大荒管第489号
平成23年 7月14日

新井 清美 様

首都大学東京人間健康科学研究科

研究科長 木下 正信



研究安全倫理審査の判定結果について（通知）

平成23年6月14日付で申請のあった研究計画（受理番号11016）に係る標記の件について、研究安全倫理委員会において下記のとおり判定されましたので、通知します。

- 注1 委員会の判定に対して異議がある場合は、この通知を受けた日の翌日から起算して2週間以内に再審査を請求することができます。
- 注2 委員会の判定が「変更の勧告」となった場合は、勧告に基づき変更した研究計画により、この通知を受けた日の翌日から起算して1か月以内に再申請することができます。
- 注3 委員会の判定が「条件付承認」となった場合は、付した条件に基づき速やかに書類を修正し、修正内容を記したメモを添付して、修正した申請書類1式を管理課まで提出してください。
- 注4 「承認」で付記事項がある場合は、修正した申請書類一式を管理課まで提出してください。

記

区 分	職名（学生は学籍番号を記入）	氏 名
申請者	研究代表者	助教 新井 清美
	共同(or分担)研究者	菑澤博一
	指導教員	
研究課題	プレアルコールリックからアルコール依存までの認識と変化 －患者と家族の語りから－	

判定	承認・条件付承認・変更の勧告・不承認・該当せず (委員会開催 平成23年6月20日)
理由又は勧告等	

様式4(第12条関係)

医の倫理委員会審査結果通知書

通知番号 第 775 号

平成 25 年 5 月 31 日

研究責任者

森田 展彰 殿

医学医療系長

吉川 裕 本



課 題 名 「危険な飲酒 (Hazardous drinking) を予防するための飲酒リスクの判断に関する研究」

平成25年5月16日付けで申請のあった上記課題に係る【研究計画書・研究計画変更書】を審査した結果、下記のとおり判定したので通知します。

記

判	承認	条件付承認	変更の勧告
定	不承認	中止	非該当
理由等			

様式4(第12条関係)

医の倫理委員会審査結果通知書

通知番号 第 775-1 号
平成 26 年 2 月 10 日

申請者(研究責任者)

森田 展彰 殿

医学医療系長

吉川 裕



平成26年1月29日付で 審査申請(新規・変更)のありました研究の実施について、審査の結果、下記のとおり判定しましたので通知します。

記

- 1 研究題目 「危険な飲酒(Hazardous drinking)を予防するための飲酒リスクの判断に関する研究」
- 2 判定
 - 承認
 - 条件付承認
 - 変更の勧告
 - 不承認
 - 中止
 - 非該当
- 3 理由(判定が承認以外の場合)、留意点、改善点等
- 4 その他

※前回承認:平成25年5月31日、承認No.775

様式4(第12条関係)

医の倫理委員会審査結果通知書

通知番号 第 781 号

平成 25 年 7 月 1 日

申請者(研究責任者)

森田 展彰 殿

医学医療系長

吉川 裕 之



平成25年6月11日付けで審査申請(新規・変更)のありました研究の実施について、審査の結果、下記のとおり判定しましたので通知します。

記

- 1 研究題目 「アディクションの認識における変化のプロセスに関する研究—病的ギャンブラーとその家族の認識に着目して—」
- 2 判定
 - 承認
 - 条件付承認
 - 変更の勧告
 - 不承認
 - 中止
 - 非該当
- 3 理由(判定が承認以外の場合)、留意点、改善点等
- 4 その他

様式4(第12条関係)

医の倫理委員会審査結果通知書

通知番号 第 781-1 号

平成 26 年 3 月 26 日

申請者(研究責任者)

森田 展彰 殿

医学医療系長

吉川 裕



平成26年3月18日付で 審査申請(新規・変更)のありました研究の実施について、審査の結果、下記のとおり判定しましたので通知します。

記

1 研究題目 「アディクションの認識における変化のプロセスに関する研究—病的ギャンブラーとその家族の認識に着目して—」

2 判定

- 承認
- 条件付承認
- 変更の勧告
- 不承認
- 中止
- 非該当

3 理由(判定が承認以外の場合)、留意点、改善点等

4 その他

※前回承認:平成25年7月1日、承認No.781

様式4(第12条関係)

医の倫理委員会審査結果通知書

通知番号 第 810 号

平成 25 年 11 月 7 日

申請者(研究責任者)

森田 展彰 殿

医学医療系長

吉川 裕 本



平成25年10月15日付けで 審査申請(新規・変更)のありました研究の実施について、審査の結果、下記のとおり判定しましたので通知します。

記

1 研究題目「病的ギャンブリングを予防するためのリスク判断に関する研究」

2 判 定

- 承 認
- 条件付承認
- 変更の勧告
- 不承認
- 中止
- 非該当

3 理由(判定が承認以外の場合)、留意点、改善点等

4 その他

**「危険な飲酒（Hazardous drinking）を予防するための
飲酒リスクの判断に関する研究」
に関する研究協力をお願い**

節度を越えたアルコールの有害使用は健康障害の主な危険因子となっています。そのため、飲酒問題を持つ方に対して断酒や節酒指導をはじめとした様々な介入がなされています。

危険な飲酒の継続は、身体的・精神的な障害を引き起こす危険性があります。これらの障害を防ぐためには、危険な飲酒をしている本人のみならず、その家族も現状を認識し、飲酒のリスクに応じた対処スキルを身に着けることが重要であると考えております。そこで、本研究では、健康な飲酒と危険な飲酒との違いを比較することで飲酒のリスクを判断し、本人及び家族に対して飲酒のリスクに応じた対処スキルの指導に繋げるための基礎的資料を作成することを目的としています。

以下の説明をお読みいただき、対象者がこの研究に参加頂く上でのご協力をいただきますようお願い申し上げます。ご了承をいただければ、質問紙にご記入を頂き、施設内に設置してあります回収箱に投函、または郵送にてご提出ください。どうぞ、よろしくお願い致します。

【研究概要】

本研究は、ご本人（危険な飲酒をしていた方、もしくはしている方）とご家族に対して質問紙調査をお願いするものです。

- (1) 属性
- (2) ご家族との関係 (10 項目)
- (3) AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) (10 項目)
- (4) 飲酒問題とその認識
 - ① 飲酒した結果に生じる問題 (20 項目)
 - ② 飲酒の影響に対する認識 (20 項目)
 - ③ 飲酒問題に関する他者の関わり (5 項目)
- (5) 飲酒動機 (50 項目)
- (6) 飲酒の影響への対処法 (23 項目)
- (7) 飲酒量や飲酒の機会を減らさなければならなかった経験 (3 項目)
- (8) K6 (6 項目)
- (9) ギャンブルの経験 (2 項目)

【調査の実施方法について】

質問紙をお受け取り頂き、ご回答ください。本研究はご家族にもご協力を頂きたいと考えておりますため、ご家族にもお渡しいたします。質問紙は郵送にて回収させていただきます。

【倫理的な配慮について】

- ・本調査は調査に協力いただくかどうかは皆様の自由です。協力しないことによる不利益は一切ありません。
- ・回答により精神的な負担を感じた場合は、調査自体を途中で止めても問題ありません。
- ・ご記入いただいた回答は調査の目的のみに使用します。データは実施責任者または学生分担者が、個人情報漏れることがないように管理いたします。
- ・回答後の質問紙の回答内容は第三者の目に触れないようにします。
- ・本研究において使用する質問紙は無記名式とします。回答は全て電子データ化され、統計的に処理されます。匿名性を確保するために属性は全て数値化します。この際、電子データの記録媒体

は、パスワードを必要とするハードディスクまたは USB メモリを用います。また、データを分析する際には、ネットワークにつながっているコンピューターを用いますが、セキュリティソフトをインストールしてファイルが外部に流出することを防ぎます。USB メモリは施錠・解錠可能なファイルマスター内に保管します。尚、電子ファイルは研究終了後、専用のソフトを用いて消去します。

- ・ 回答後の質問紙は、研究者のみが施錠・解錠可能なファイルマスター内に保管し、研究終了後シュレッダーにより粉碎破棄します。
- ・ 質問紙の提出をもちまして、質問紙調査への協力を同意いただいたこととさせていただきます。

【この研究により期待される成果】

本研究は、健康な飲酒をしている方と危険な飲酒をしている方の、飲酒リスク（Hazardous drinking）への認識や飲酒動機、飲酒問題深刻化に伴う対処方法の特徴、及びこれらの問題に対する家族の認識の特徴を知ることができます。この特徴を踏まえた介入をすることが出来れば、どの対象に対してもお酒の量を控えてください、断酒しててくださいといった飲酒指導にとどまらず、その方の飲酒の特徴に応じた対処スキルの指導が可能となります。このことは、特に危険な飲酒をしている方が重篤な状態へと進行していく危険性を回避できることが期待されます。

また、家族の認識の特徴を知ること、危険な飲酒をしている本人との間に生じる、飲酒への問題認識に対する違いを考慮した対応が可能となり、問題が深刻化していくことを防ぐ手掛かりとなり得ると考えています。

【あなたにとっての利益と不利益】

本研究に参加いただくことで、飲酒行動の振り返りを行うことができます。研究に参加いただくことで特別な危険性をもたらすことはありませんが、調査協力について、精神的な負担を感じる場合にはお申し出いただくか、回答を途中で中断していただくなど必要な対応を講じたいと考えております。

【本研究への参加をやめる自由について】

本研究への参加は、参加者の方の自由意思に基づいて決めていただくものです。そのため、研究に参加いただけない場合も何ら不利益を被ることはありません。

また、質問紙への回答中に不快になったり拒否的な感情を抱いたりする場合には、随時協力を撤回していただくことができます。研究への参加を撤回された場合でも、何ら不利益を被ることはありません。

実施責任者：筑波大学医学医療系 准教授 森田展彰

〒305-8577 茨城県つくば市天王台1-1-1 筑波大学総合研究棟 D743 号室

電子メール：nobuakim@nifty.com

電話（FAX）番号 029-853-3099

学生分担者：筑波大学人間総合科学研究科 ヒューマン・ケア科学専攻3年 新井清美

この研究は筑波大学医学医療系医の倫理委員会の承認を得て、皆様に不利益が内容に万全の注意を払って行われています。研究への協力に関してご意見やご質問がありましたら、実施責任者に尋ね下さい。

I. あなた自身のことをお聞きます。

1. 年齢 ()歳

2. 性別 ① 男性 ② 女性

3. 職業についてお聞きます。該当する数字を1つ○で囲んでください。

- ① 管理的職業 ② 専門的・技術的職 ③ 事務 ④ 販売 ⑤ サービス職業
⑥ 保安職業 ⑦ 農林漁業 ⑧ 生産工程 ⑨ 輸送・機械運転 ⑩ 建設・採掘
⑪ 運搬・清掃・包装等 ⑫ 学生 ⑬ その他()

4. 1週間の平均労働時間についてお聞きます。該当する数字を1つ○で囲んでください。

- ① 40時間未満 ② 40時間以上45時間未満 ③ 46時間以上50時間未満
④ 51時間以上55時間未満 ⑤ 56時間以上

5. 家族構成についてお聞きます。該当する数字を1つ○で囲んでください。

- ① 単身世帯 ② 夫婦のみ ③ 二世帯同居(子と同居) ④ 二世帯同居(親と同居)
⑤ 三世帯同居 ⑥ その他()

6. 初めてお酒を飲んだ年齢についてお聞きます。カッコ内に年齢を記入してください。

()歳

7. お酒を飲むと顔が赤くなりますか。該当する数字を1つ○で囲んでください。

- ① 1口飲むといつも赤くなる ② お酒が進むと赤くなる ③ まったく赤くならない

8. これまでに経験した病気、または今も治療を受けている病気についてお聞きます。該当するものをすべて○で囲んでください。

肝臓病 (肝機能障害、急性肝炎、慢性肝炎、アルコール性肝炎、脂肪肝、肝硬変、肝不全、肝臓がん)
膵臓病 (急性膵炎、慢性膵炎、膵臓がん)
高血圧 心臓病 糖尿病 マロリーワイズ症候群 食道がん 胃がん 咽頭がん
その他 ()

9. ご家族でお酒を飲まれる方はいらっしゃいますか。

- ① はい ② いいえ



「はい」と答えた方にお聞きます。該当する数字をすべて○で囲んでください。

- ① 父親 ② 母親 ③ 祖父 ④ 祖母 ⑤ 兄弟姉妹
⑥ 配偶者 ⑦ 血縁・婚姻関係のない同居者
⑧ その他 ()

10. ご家族で、いわゆる「大酒飲み」の方はいらっしゃいますか。該当する数字をすべて○で囲んでください。

尚、「大酒飲み」は、1日に缶ビールロング缶3本以上、あるいはワインボトル1本以上、あるいは日本酒3合以上、あるいはウイスキーやブランデーをダブルで3杯以上を目安にお答えください。

- ① いる ② いない



「いる」と答えた方にお聞きます。該当する数字をすべて○で囲んでください。

- ① 父親 ② 母親 ③ 祖父 ④ 祖母 ⑤ 兄弟姉妹
⑥ 配偶者 ⑦ 血縁・婚姻関係のない同居者 ⑧ その他 ()

II. AUDIT 質問票

1. あなたはアルコール含有飲料をどのくらいの頻度で飲みますか？

0. 飲まない 1. 1か月に1度以下 2. 1か月に2~4度
3. 1週に2~3度 4. 1週に4度以上

2. 飲酒するときには通常どのくらいの量を飲みますか？

ただし、日本酒1合=2単位、ビール大瓶1本=2.5単位、ウイスキー水割りダブル1杯=2単位
焼酎お湯割り1杯=1単位、ワイングラス1杯=1.5単位、梅酒小コップ一杯=1単位

0. 1~2単位 1. 3~4単位 2. 5~6単位
3. 7~9単位 4. 10単位以上

3. 1度に6単位以上飲酒することがどのくらいの頻度でありますか？

0. ない 1. 1か月に1度未満 2. 1か月に1度
3. 1週に1度 4. 毎日あるいはほとんど毎日

4. 過去1年間に、飲み始めると止められなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？

0. ない 1. 1か月に1度未満 2. 1か月に1度
3. 1週に1度 4. 毎日あるいはほとんど毎日

5. 過去1年間に、普通だで行えることを飲酒していたためにできなくなったことが、どのくらいの頻度でありましたか？

0. ない 1. 1か月に1度未満 2. 1か月に1度
3. 1週に1度 4. 毎日あるいはほとんど毎日

6. 過去1年間に、深酒の後体調を整えるために、朝迎え酒をせねばならなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？

0. ない 1. 1か月に1度未満 2. 1か月に1度
3. 1週に1度 4. 毎日あるいはほとんど毎日

7. 過去1年間に、飲酒後罪悪感や自責の念にかられたことが、どのくらいの頻度でありましたか？

0. ない 1. 1か月に1度未満 2. 1か月に1度
3. 1週に1度 4. 毎日あるいはほとんど毎日

8. 過去 1 年間に、飲酒のために前夜の出来事を思い出せなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？

0. ない 1. 1 か月に 1 度未満 2. 1 か月に 1 度
3. 1 週に 1 度 4. 毎日あるいはほとんど毎日

9. あなたの飲酒のために、あなた自身か他の誰かがけがをしたことがありますか？

0. ない 2. あるが、過去 1 年間にはなし 4. 過去 1 年間にあり

10. 肉親や親戚、友人、医師、あるいは他の健康管理にたずさわる人が、あなたの飲酒について心配したり、飲酒量を減らすように勧めたりしたことがありますか？

0. ない 2. あるが、過去 1 年間にはなし 4. 過去 1 年間にあり

Ⅲ. この 1 年間であなたが経験した事柄と、その事柄に対するあなたの考えをお聞きします。

1. この 1 年間で、以下の質問に挙げた事柄がどのくらいありましたか。実際の経験と照らし合わせて、それぞれの項目について、該当する数字を 1 つ〇で囲んでください。

	よくある	時々ある	ほとんどない	全くない
① お酒を飲むと人間関係が円滑になる	4	3	2	1
② お酒を飲むと仕事の効率が上がる	4	3	2	1
③ お酒を飲むと気持ちが悪くなる	4	3	2	1
④ お酒を飲むと身体がだるくなる	4	3	2	1
⑤ お酒を飲むと悪酔いする	4	3	2	1
⑥ お酒を飲むと記憶が飛ぶ	4	3	2	1
⑦ お酒を飲んで肝臓・膵臓等を壊した	4	3	2	1
⑧ お酒を飲むと心が和む	4	3	2	1
⑨ お酒を飲むと気が大きくなる	4	3	2	1
⑩ お酒を飲むと情緒不安定になる	4	3	2	1
⑪ お酒を飲むと投げやりな気持ちになる	4	3	2	1
⑫ お酒を飲むと怒りっぽくなる	4	3	2	1
⑬ お酒を飲んだ翌日会社や学校に遅刻した	4	3	2	1
⑭ 二日酔いで早退した	4	3	2	1
⑮ お酒を飲んだ翌日はミスが多くなる	4	3	2	1
⑯ お酒を飲んだ翌日に欠勤・欠席した	4	3	2	1
⑰ お酒を飲むと人間関係が深まる	4	3	2	1
⑱ お酒を飲むと人に迷惑をかける	4	3	2	1
⑲ お酒が原因で人間関係がぎくしゃくした	4	3	2	1
⑳ お酒が原因で人が離れていった	4	3	2	1

2. 以下に、お酒の用い方や、お酒の影響について書かれた文章があります。これらについて、あなたの考えと一致するものを1つ選択し、○で囲んでください。尚、あなたに当てはまっている(行っている)かどうかに関わらず、一般論としてどう考えるかという観点からお答えください。

	と 思 う	と と も 問 題 だ と 思 う	や や 問 題 だ と 思 う	ど ち ら と も い え な い	あ ま り 問 題 と は 思 わ な い	全 く 問 題 と は 思 わ な い
① 人間関係を円滑にするためにお酒を用いる	5	4	3	2	1	
② 仕事の効率を上げるためにお酒を用いる	5	4	3	2	1	
③ お酒を飲むと気持ちが悪くなる	5	4	3	2	1	
④ お酒を飲むと身体がだるくなる	5	4	3	2	1	
⑤ お酒を飲むと悪酔いする	5	4	3	2	1	
⑥ お酒を飲むと記憶が飛ぶ	5	4	3	2	1	
⑦ お酒を飲んで肝臓・膵臓等を壊した	5	4	3	2	1	
⑧ 心を和ませるためにお酒を用いる	5	4	3	2	1	
⑨ お酒を飲むと気が大きくなる	5	4	3	2	1	
⑩ お酒を飲むと情緒不安定になる	5	4	3	2	1	
⑪ お酒を飲むと投げやりな気持ちになる	5	4	3	2	1	
⑫ お酒を飲むと怒りっぽくなる	5	4	3	2	1	
⑬ お酒を飲んだ翌日会社や学校に遅刻した	5	4	3	2	1	
⑭ 二日酔いで早退した	5	4	3	2	1	
⑮ お酒を飲んだ翌日はミスが多くなる	5	4	3	2	1	
⑯ お酒を飲んだ翌日に欠勤・欠席した	5	4	3	2	1	
⑰ 人間関係を深めるためにお酒を用いる	5	4	3	2	1	
⑱ お酒を飲むと人に迷惑をかける	5	4	3	2	1	
⑲ お酒が原因で人間関係がぎくしゃくした	5	4	3	2	1	
⑳ お酒が原因で人が離れていった	5	4	3	2	1	

3. 周囲の人(家族・友人・上司・同僚など)または医師から飲酒を控えるよう言われたことがありますか。該当する数字を1つ選んで○で囲んでください。

- ① ある ② ない



「ある」と答えた方にお聞きます。該当する数字を全て○で囲んでください。

- ① 医師・医療従事者 ② 家族 ③ 会社の同僚または友人 ④ その他()

4. 以下の問題で医師、家族、会社の同僚または友人からお酒を飲む量を減らすように言われたとしたら、あなたはお酒を飲む量を減らそうと思いますか。医師、家族、会社の同僚または友人の各項目について、該当する数字を1つ選んで○で囲んでください。

		飲酒量を減らす ことはない	しばらく飲酒量 を減らさない	どちらともい えない	少し迷うが飲酒 量を減らす	すぐに飲酒量を 減らす
① 飲酒が原因で肝臓、膵臓な どを壊し、治療が必要になった とき	医師	5	4	3	2	1
	家族	5	4	3	2	1
	会社の同僚または友人	5	4	3	2	1
② 飲酒が原因で気持ちが落ち 着かなくなったとき	医師	5	4	3	2	1
	家族	5	4	3	2	1
	会社の同僚または友人	5	4	3	2	1
③ 飲酒が原因で仕事や学業に 支障が出たとき	医師	5	4	3	2	1
	家族	5	4	3	2	1
	会社の同僚または友人	5	4	3	2	1
④ 飲酒が原因で人間関係がう まくいかなかったとき	医師	5	4	3	2	1
	家族	5	4	3	2	1
	会社の同僚または友人	5	4	3	2	1

IV. お酒を飲む動機についてお聞きします。

あなた自身が以下に挙げた項目の状況にあると想定すると、お酒を用いると思いますか。各項目の状況を想定し、あなたの考えと一致する数字を1つ選んで○で囲んでください。

	当 ては ま ま る	と こ も	や や	当 ては ま ま る	い え な い	ご ち ら し ま せ う	あ ま り	当 ては ま ま ら な い	全 く
① 疲れを癒すため	5	4	3	2	1				
② 楽しい気分になるため	5	4	3	2	1				
③ 自信を持つため	5	4	3	2	1				
④ よく眠るため	5	4	3	2	1				
⑤ 薬として有効だから	5	4	3	2	1				
⑥ 食事をおいしく味わうため	5	4	3	2	1				
⑦ 悩みを解消(軽減)するため	5	4	3	2	1				
⑧ 感情を出しやすくするため	5	4	3	2	1				
⑨ より積極的になるため	5	4	3	2	1				
⑩ 寂しさを紛らわせるため	5	4	3	2	1				
⑪ ストレス解消のため	5	4	3	2	1				
⑫ お酒の席での失言で周囲を緊張させたことを忘れるため	5	4	3	2	1				
⑬ 気晴らしのため	5	4	3	2	1				
⑭ 緊張を緩めるため	5	4	3	2	1				
⑮ 嫌なことを忘れるため	5	4	3	2	1				
⑯ 自分だけ飲まない人間関係が悪くなるから	5	4	3	2	1				
⑰ 良い考えを思いつくから	5	4	3	2	1				
⑱ 仕事の能率が上がるから	5	4	3	2	1				
⑲ お酒がなければ仕事や学業の成果をあげられないから	5	4	3	2	1				
⑳ 自分のお酒の事で人から指摘を受けたが、受け入れられないから	5	4	3	2	1				
㉑ お酒がないと仕事への意欲がわかないから	5	4	3	2	1				
㉒ お酒の味を楽しむため	5	4	3	2	1				
㉓ 人との交流を図るため	5	4	3	2	1				
㉔ 仕事やサークル活動をしやすくするため	5	4	3	2	1				
㉕ 人とのコミュニケーションを取りやすくなるから	5	4	3	2	1				
㉖ 人間関係が親密になるから	5	4	3	2	1				
㉗ お酒を飲むのが趣味だから	5	4	3	2	1				
㉘ 未来がより良くなるから	5	4	3	2	1				
㉙ 飲んで不器用になったのを隠すため	5	4	3	2	1				
㉚ 酔った時の感覚を楽しみたいから	5	4	3	2	1				

	当てはまる とても	やや 当てはまる	どちらとも いえない	あまり 当てはまらない	全く 当てはまらない
③① 二日酔いを抑えるため	5	4	3	2	1
③② 性欲が減退しないようにするため	5	4	3	2	1
③③ お酒を飲まないと思えないため	5	4	3	2	1
③④ お酒を飲まないと思えないため	5	4	3	2	1
③⑤ 身体を壊していることを忘れるため	5	4	3	2	1
③⑥ そわそわするのを落ち着けるため	5	4	3	2	1
③⑦ 自分の行動に関心がなくなっているのを忘れるため	5	4	3	2	1
③⑧ 警戒心をより高めるため	5	4	3	2	1
③⑨ 気分が落ち込まないようにするため	5	4	3	2	1
④⑩ 自分が駄目な人間に感じるのを忘れないから	5	4	3	2	1
④⑪ 自分が怒りっぽくなっていることに気付かないようにするため	5	4	3	2	1
④⑫ 自分の飲み方に気になる点があるのを忘れるため	5	4	3	2	1
④⑬ お酒を飲まないと思えないため	5	4	3	2	1
④⑭ 人の世話を焼きたいから	5	4	3	2	1
④⑮ 性的に敏感になるため	5	4	3	2	1
④⑯ 人間関係が悪くなることに自分が気付かないようにするため	5	4	3	2	1
④⑰ 性的な興奮を高めるため	5	4	3	2	1
④⑱ 人と飲むことを避けている	5	4	3	2	1
④⑲ 自分の飲み方に関して人から指摘を受けて余計に飲みたくなったから	5	4	3	2	1
⑤⑰ 自分に失望したため	5	4	3	2	1

V. 飲み過ぎてしまう場面と、飲み過ぎたときの対処法についてお聞きます。

1. 飲み過ぎてしまう日常の場面についてお聞きます。該当する数字を1つ選んで○で囲んでください。

	よくある	たまにある	ごくたまにある	あまりない	全くない
① 仕事帰りに飲む一人で飲む時	5	4	3	2	1
② 昼食の時に飲む時	5	4	3	2	1
③ お店で仲間と飲む時	5	4	3	2	1
④ 妻もしくは夫や恋人と飲む時	5	4	3	2	1
⑤ 友達と飲む時	5	4	3	2	1
⑥ スポーツをした直後に飲む時	5	4	3	2	1
⑦ テレビを見ながら飲む時	5	4	3	2	1
⑧ 音楽やラジオを聴きながら飲む時	5	4	3	2	1
⑨ 晩酌の時	5	4	3	2	1

上記以外の場面で飲み過ぎてしまう場面がありますか。実際に体験した場面を記入してください。

2. 最近飲み過ぎていると思ったときに、実際に行っている対処法についてお聞きます。該当する数字を1つ選んで○で囲んでください。

	そうしている	したい そうしている	もう少し ほしい	時々 そうしている	全く していない
① 飲む量を決めて飲む	5	4	3	2	1
② 飲み始める機会を控える	5	4	3	2	1
③ ゆっくり飲む	5	4	3	2	1
④ 飲む量を減らす	5	4	3	2	1
⑤ 飲む時間を決める	5	4	3	2	1
⑥ 休肝日をつくる	5	4	3	2	1
⑦ 友人・知人に相談する	5	4	3	2	1
⑧ お酒を勧められても断る	5	4	3	2	1
⑨ 医師・医療従事者に相談する	5	4	3	2	1
⑩ 人と話をする	5	4	3	2	1
⑪ からだを動かす	5	4	3	2	1
⑫ 楽しみを見つける	5	4	3	2	1
⑬ 飲みすぎの原因に対処する	5	4	3	2	1
⑭ 旅行に行く	5	4	3	2	1

上記以外の対処法はありますか。実際に行っている、または行ったことのある対処法を記入してください。

VI. お酒の量や、お酒を飲む機会を減らさなければならなかった経験についてお聞きます。

1. ほんの少しでもお酒の量や、お酒を飲む機会を減らさなければならなかった経験はありますか。減らそうと思った時のことを思い出してお答えください。

- ① ある ② ほんの少しある ③ ない

2. お酒の量や、お酒を飲む機会を減らさなければならぬと思うとき、きっかけとなった出来事はありませんか。その時のことを思い出して、当てはまる項目を**すべて○で囲んでください**。

※「ない」と回答した方は、きっかけとなるとされる項目を**すべて○で囲んでください**。

- | | |
|------------------------------|---------------------------------|
| ① 二日酔いが続いた | ② 飲んだ翌日、会社あるいは学校に遅刻した |
| ③ 飲んでいて終電に乗り遅れた | ④ 酔って駅のホームで寝ていた ⑤ 酔って言い過ぎた |
| ⑥ 飲んでいて時の記憶がない | ⑦ 酔って暴れた ⑧ 酔って暴言を吐いた |
| ⑨ 飲んだ翌日、周囲の反応がいつもと違った | ⑩ からだを壊した、あるいは不調を感じた |
| ⑪ 精神的に落ち着かなくなった | ⑫ 仕事や学業に影響が出た |
| ⑬ 人からお酒に誘われることが減った、あるいは無くなった | |
| ⑭ 飲むといつも人に絡む | ⑮ 飲んで人をハラハラさせる ⑯ 飲むとくどくなる |
| ⑰ 健診前だから | ⑱ その他() |

3. お酒の量や、お酒を飲む機会を減らす、または飲酒を止めることに成功しましたか。または、成功すると思いますか。該当する数字を**1つ選んで○で囲んでください**。

- ① 成功した(する) ② どちらともいえない ③ 変わらない ④ 増える

VII. K6 質問票

過去 30 日の間にどれくらいの頻度で次のことがありましたか。該当する数字を**1つ選んで○で囲んでください**。

	いつも	たいてい	ときとまれ	少しだけ	まったくない
1. 神経過敏に感じましたか	5	4	3	2	1
2. 絶望的だと感じましたか	5	4	3	2	1
3. そわそわ、落ち着かなく感じましたか	5	4	3	2	1
4. 気分が沈みこんで、何が起ころっても気が晴れないように感じましたか	5	4	3	2	1
5. 何をするのも骨折りだと感じましたか	5	4	3	2	1
6. 自分は価値のない人間だと感じましたか	5	4	3	2	1

**「危険な飲酒 (Hazardous drinking) を予防するための
飲酒リスクの判断に関する研究」
に関する研究協力をお願い**

節度を越えたアルコールの有害使用は健康障害の主な危険因子となっています。そのため、飲酒問題を持つ方に対して断酒や節酒指導をはじめとした様々な介入がなされています。

危険な飲酒の継続は、身体的・精神的な障害を引き起こす危険性があります。これらの障害を防ぐためには、危険な飲酒をしている本人のみならず、その家族も現状を認識し、飲酒のリスクに応じた対処スキルを身に着けることが重要であると考えております。そこで、本研究では、健康な飲酒と危険な飲酒との違いを比較することで飲酒のリスクを判断し、本人及び家族に対して飲酒のリスクに応じた対処スキルの指導に繋げるための基礎的資料を作成することを目的としています。

以下の説明をお読みいただき、対象者がこの研究に参加頂く上でのご協力をいただきますようお願い申し上げます。ご了承をいただければ、質問紙に回答をご記入頂き、同封の返信用封筒にて7月31日(木)までにご投函ください。どうぞ、よろしくお願い致します。

【研究概要】

本研究は、ご本人(危険な飲酒をしていた方、もしくはしている方)とご家族に対して質問紙調査をお願いするものです。

- (1) 属性
- (2) ご家族との関係 (10 項目)
- (3) AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) (23 項目)
- (4) 飲酒問題とその認識
 - ① 飲酒した結果に生じる問題 (20 項目)
 - ② 飲酒の影響に対する認識 (20 項目)
 - ③ 飲酒問題に関する他者の関わり (5 項目)
- (5) 飲酒動機 (50 項目)
- (6) 飲酒の影響への対処法 (23 項目)
- (7) 飲酒量や飲酒の機会を減らさなければならなかった経験 (3 項目)
- (8) K6 (12 項目)
- (9) ギャンブルの経験 (2 項目)

【調査の実施方法について】

質問紙をお受け取り頂き、ご回答ください。本研究はご家族にもご協力を頂きたいと考えておりますため、ご家族にもお渡しいたします。質問紙は郵送にて回収させていただきます。

【倫理的な配慮について】

- ・ 本調査は調査に協力いただくかどうかは皆様の自由です。協力しないことによる不利益は一切ありません。
- ・ 回答により精神的な負担を感じた場合は、調査自体を途中で止めても問題ありません。
- ・ ご記入いただいた回答は調査の目的のみに使用します。データは実施責任者または学生分担者が、個人情報情報が漏れることがないように管理いたします。

- ・ 回答後の質問紙の回答内容は第三者の目に触れないようにします。
- ・ 本研究において使用する質問紙は無記名式とします。回答は全て電子データ化され、統計的に処理されます。匿名性を確保するために属性は全て数値化します。この際、電子データの記録媒体は、パスワードを必要とするハードディスクまたはUSBメモリを用います。また、データを分析する際には、ネットワークにつながっているコンピューターを用いますが、セキュリティソフトをインストールしてファイルが外部に流出することを防ぎます。USBメモリは施錠・解錠可能なファイルマスター内に保管します。尚、電子ファイルは研究終了後、専用のソフトを用いて消去します。
- ・ 回答後の質問紙は、研究者のみが施錠・解錠可能なファイルマスター内に保管し、研究終了後シュレッダーにより粉碎破棄します。
- ・ 質問紙の提出をもちまして、質問紙調査への協力に同意いただいたこととさせていただきます。

【この研究により期待される成果】

本研究は、健康な飲酒をしている方と危険な飲酒をしている方の、飲酒リスク(Hazardous drinking)への認識や飲酒動機、飲酒問題深刻化に伴う対処方法の特徴、及びこれらの問題に対する家族の認識の特徴を知ることができます。この特徴を踏まえた介入をすることが出来れば、どの対象に対してもお酒の量を控えてください、断酒してくださいといった飲酒指導にとどまらず、その方の飲酒の特徴に応じた対処スキルの指導が可能となります。このことは、特に危険な飲酒をしている方が重篤な状態へと進行していく危険性を回避できることが期待されます。

また、家族の認識の特徴を知ること、危険な飲酒をしている本人との間に生じる、飲酒への問題認識に対する違いを考慮した対応が可能となり、問題が深刻化していくことを防ぐ手掛かりとなり得ると考えています。

【あなたにとっての利益と不利益】

本研究に参加いただくことで、飲酒行動の振り返りをすることができます。研究に参加いただくことで特別な危険性をもたらすことはありませんが、調査協力について、精神的な負担を感じる場合にはお申し出いただくか、回答を途中で中断していただくなど必要な対応を講じたいと考えております。

【本研究への参加をやめる自由について】

本研究への参加は、参加者の方の自由意思に基づいて決めていただくものです。そのため、研究に参加いただけない場合も何ら不利益を被ることはありません。

また、質問紙への回答中に不快になったり拒否的な感情を抱いたりする場合には、随時協力を撤回していただくことができます。研究への参加を撤回された場合でも、何ら不利益を被ることはありません。

実施責任者：筑波大学医学医療系 准教授 森田展彰

〒305-8577 茨城県つくば市天王台1-1-1 筑波大学総合研究棟 D743 号室

電子メール：nobuakim@nifty.com

電話 (FAX) 番号 029-853-3099

学生分担者：筑波大学人間総合科学研究科 ヒューマン・ケア科学専攻3年 新井清美

この研究は筑波大学医学医療系医の倫理委員会の承認を得て、皆様に不利益が内容に万全の注意を払って行われています。研究への協力に関してご意見やご質問がありましたら、実施責任者にお尋ね下さい。

I. あなた自身のことをお聞きます。

1. 年齢 ()歳

2. 性別

1. 男性	2. 女性
-------	-------

3. 現在の職業についてお聞きます。該当する数字を1つ○で囲んでください。

- | | | | |
|------------|--------------|---------------|---------|
| 1. 管理的職業 | 2. 専門的・技術的職業 | 3. 事務 | 4. 販売 |
| 5. サービス職業 | 6. 保安職業 | 7. 農林漁業 | 8. 生産工程 |
| 9. 輸送・機械運転 | 10. 建設・採掘 | 11. 運搬・清掃・包装等 | 12. 学生 |
| 13. 専業主婦 | 14. その他() | | 15. 無職 |

過去に就いていた職業についてお聞きます。該当する数字をすべて○で囲んでください。

- | | | | | |
|---------------|--------------|---------|------------|-----------|
| 1. 管理的職業 | 2. 専門的・技術的職業 | 3. 事務 | 4. 販売 | 5. サービス職業 |
| 6. 保安職業 | 7. 農林漁業 | 8. 生産工程 | 9. 輸送・機械運転 | 10. 建設・採掘 |
| 11. 運搬・清掃・包装等 | 12. その他() | | | |

4. 1週間の平均労働時間についてお聞きます。該当する数字を1つ○で囲んでください。

- | | | |
|--------------|--------------|--------------|
| 1. 40時間未満 | 2. 40時間～45時間 | 3. 46時間～50時間 |
| 4. 51時間～55時間 | 5. 56時間以上 | |

5. 家族構成についてお聞きます。該当する数字を1つ○で囲んでください。

- | | | | |
|--------------------|---------|----------------|----------------|
| 1. 単身世帯 | 2. 夫婦のみ | 3. 二世帯同居(子と同居) | 4. 二世帯同居(親と同居) |
| 5. 三世帯同居 6. その他() | | | |

6. 初めてお酒を飲んだ年齢についてお聞きます。カッコ内に年齢を記入してください。

()歳

7. お酒を飲むと顔が赤くなりますか。該当する数字を1つ○で囲んでください。

- | | | |
|-----------------|---------------|---------------|
| 1. 1口飲むといつも赤くなる | 2. お酒が進むと赤くなる | 3. まったく赤くならない |
|-----------------|---------------|---------------|

8. これまでに経験した病気、または今も治療を受けている病気についてお聞きます。該当する数字をすべて○で囲んでください。

- | |
|--|
| 1. 肝臓病 (1. 肝機能障害 2. 急性肝炎 3. 慢性肝炎 4. アルコール性肝炎
5. 脂肪肝 6. 肝硬変 7. 肝不全 8. 肝臓がん) |
| 2. 膵臓病 (1. 急性膵炎 2. 慢性膵炎 3. 膵臓がん) |
| 3. 高血圧 4. 心臓病 5. 糖尿病 6. マロリーワイズ症候群 7. 食道がん 8. 胃がん |
| 9. 咽頭がん 10. その他() |

9. ご家族でお酒を飲まれる方はいらっしゃいますか。

1. はい	2. いいえ
-------	--------

「はい」と答えた方にお聞きます。該当する数字をすべて○で囲んでください。

1. 父親	2. 母親	3. 祖父	4. 祖母	5. 兄弟姉妹	6. 配偶者
7. 息子	8. 娘	9. 血縁・婚姻関係のない同居者	10. その他 ()		

10. ご家族で、いわゆる「大酒飲み」の方はいらっしゃいますか。尚、「今もそうだ」、もしくは「かつてそうだった」の両方を含みます。

尚、「大酒飲み」は、1日に缶ビールロング缶3本以上、あるいはワインボトル1本以上、あるいは日本酒3合以上、あるいはウイスキーやブランデーをダブルで3杯以上を目安にお答えください。

1. いる	2. おそらくいる	3. おそらくいない	4. いない
-------	-----------	------------	--------

「いる」、「おそらくいる」と答えた方にお聞きます。該当する数字をすべて○で囲んでください。

1. 父親	2. 母親	3. 祖父	4. 祖母	5. 兄弟姉妹	6. 配偶者
7. 息子	8. 娘	9. 血縁・婚姻関係のない同居者	10. その他 ()		

II. あなたとご家族との関係についてお聞きます。

次の質問は、あなたがご自分のご家族についてどのようなお考えをお持ちかをおたずねするものです。各問の1から4の番号の中から、あなたのお考えに当てはまる番号を1つ選んで○をつけてください。

問1 家族での話し合いについて

1. 我が家は、特定の誰かが命令的に言うことも多いが、話し合うこともできる
2. 我が家では、何か問題があってもとことん追いつめられないと、問題の解決方法さえ話し合わない
3. 我が家では、問題が起こると家族みんなで話し合い、決まったことはみんなの同意を得たことである
4. 我が家では、困ったことが起きた時、いつも勝手に決断を下す人がいる

問2 家族のそれぞれに対して

1. 我が家では、誰かの帰りが遅い時には、その人が帰るまでみんな起きて待っている
2. 家族の誰かが落ち込んでいる時には、こちら心配になるがあまり聞いたりしない
3. 我が家では、お互いの気持ちを考慮して、物事を考えることは少ない
4. 家族と一緒にいると安心できる

問3 ものごとの決め方について

1. 我が家では、何か問題が起こったら家族でいろいろ話し合い、一番よい解決方法に決める
2. 我が家では、家族で何か決めても守られたためしがない
3. 我が家では、問題が起こると家族で話し合うが、物事の最終決定はいつも決まった人の意見がとおる
4. 我が家は、問題が起こった時、みんなの意見を聞いて誰かが決断を下す

問4 一緒に過ごしたり、話し合ったりすることについて

1. 我が家では、たいがい各自好きなように過ごしているが、たまには家族一緒に過ごすこともある
2. 我が家では、家族はお互いの体によくふれあう
3. 我が家では、家族で必要最低限のことは話すが、それ以上はあまり話さない
4. 我が家では、大事なことは家族みんなでよく話し合うほうだ

問5 家族のそれぞれとの距離について

1. 休日は、家族で過ごすこともあるし、友人と遊びに行くこともある
2. 我が家では、家族の間で、用事以外の関係は全くない
3. 我が家では、皆つかず離れずの関係である
4. 私の生活の中では、家族と過ごす時間が非常に多い

問6 家族で決めたことについて

1. 我が家では、みんなで約束したことで、それを実行することはほとんどない
2. 我が家では、仕事や旅行に出てしばらく家を留守にすると、私の役割は誰かが代わりにしてくれる
3. 我が家では、家の決まりはみんなが守るようにしている
4. 我が家は、みんな自分に決められている役割しかしない

問7 一緒に集まることについて

1. 盆や正月といった行事があっても、家族が集まろうという意識があまり無い
2. 我が家は、休日はいつも家族全員で一緒に過ごす
3. 我が家では、各自が自分一人でいる時間を大切にしている
4. 我が家では、悩みを家族に相談することがある

問8 それぞれの役割について

1. 我が家では、それぞれの家での役割を交代することができる
2. 我が家では、特定の人意見に皆がしたがうことが多い
3. 我が家では、話し合いになってもてんやわんやで話がまとまらない
4. 我が家では、家でのそれぞれの役割ははっきりしているが、皆で補い合うこともある

問9 健康問題について

1. 我が家では、家族の健康に関心があまり無い
2. 我が家では、健康診断の結果をいつも伝え合っている
3. 我が家では、家族の健康に問題があるとお互い助け合っている
4. 我が家では、体の不調等の悩みを家族に相談することがある

問10 飲酒問題について

1. 我が家では、お酒によって問題が起きたとしても家族に事実を話せないと思う
2. 我が家では、お酒の上での問題が起きたとしたら家族で話し合って解決しようとする
3. 我が家では、お酒の上での問題が起きたとしても、なるべく問題に関わりたくないと思う
4. 我が家では、お酒によって問題が起きたとしたら、家族の誰かが代わって問題の処理をすると思う

Ⅲ. AUDIT 質問票

以下の質問は現在の状況についてお伺いします。

1. あなたはアルコール含有飲料をどのくらいの頻度で飲みますか？

- | | | |
|------------|-------------|-------------|
| 1. 飲まない | 2. 1か月に1度以下 | 3. 1か月に2~4度 |
| 4. 1週に2~3度 | 5. 1週に4度以上 | |

2. 1. の質問について、「1. 飲まない」と回答した方にお聞きします。飲まなくなってからどのくらいの期間が経過しましたか。

()年 ()ヶ月

3. 1. の質問について、「2. 1か月に1度以下」~「5. 1週に4度以上」と回答した方にお聞きします。飲酒するときには通常どのくらいの量を飲みますか？

ただし、日本酒 1 合=2 単位、ビール大瓶 1 本=2.5 単位、ウイスキー水割りダブル 1 杯=2 単位
焼酎お湯割り 1 杯=1 単位、ワイングラス 1 杯=1.5 単位、梅酒小コップ一杯=1 単位

- | | | |
|-----------|------------|-----------|
| 1. 1~2単位 | 2. 3~4 単位 | 3. 5~6 単位 |
| 4. 7~9 単位 | 5. 10 単位以上 | |

4. 1. の質問について、「2. 1か月に1度以下」~「5. 1週に4度以上」と回答した方にお聞きします。1 度に 6 単位以上飲酒することがどのくらいの頻度でありますか？

- | | | |
|----------|-----------------|-----------|
| 1. ない | 2. 1か月に1度未満 | 3. 1か月に1度 |
| 4. 1週に1度 | 5. 毎日あるいはほとんど毎日 | |

以下の質問は断酒会につながるまでの過去 1 年間の状況についてお伺いします。

1. あなたはアルコール含有飲料をどのくらいの頻度で飲んでいましたか？

- | | | |
|------------|-------------|-------------|
| 1. 飲まない | 2. 1か月に1度以下 | 3. 1か月に2~4度 |
| 4. 1週に2~3度 | 5. 1週に4度以上 | |

2. 飲酒するときには通常どのくらいの量を飲んでいましたか？

ただし、日本酒 1 合=2 単位、ビール大瓶 1 本=2.5 単位、ウイスキー水割りダブル 1 杯=2 単位
焼酎お湯割り 1 杯=1 単位、ワイングラス 1 杯=1.5 単位、梅酒小コップ一杯=1 単位

- | | | |
|-----------|------------|-----------|
| 1. 1~2単位 | 2. 3~4 単位 | 3. 5~6 単位 |
| 4. 7~9 単位 | 5. 10 単位以上 | |

この頁の質問は断酒会につながるまでの過去1年間の状況についてお伺いします。

3. 1度に6単位以上飲酒することがどのくらいの頻度でありましたか？

1. ない	2. 1か月に1度未満	3. 1か月に1度
4. 1週に1度	5. 毎日あるいはほとんど毎日	

4. 飲み始めると止められなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？

1. ない	2. 1か月に1度未満	3. 1か月に1度
4. 1週に1度	5. 毎日あるいはほとんど毎日	

5. 普通だと思えることを飲酒していたためにできなくなったことが、どのくらいの頻度でありましたか？

1. ない	2. 1か月に1度未満	3. 1か月に1度
4. 1週に1度	5. 毎日あるいはほとんど毎日	

6. 深酒の後体調を整えるために、朝迎え酒をせねばならなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？

1. ない	2. 1か月に1度未満	3. 1か月に1度
4. 1週に1度	5. 毎日あるいはほとんど毎日	

7. 飲酒後罪悪感や自責の念にかられたことが、どのくらいの頻度でありましたか？

1. ない	2. 1か月に1度未満	3. 1か月に1度
4. 1週に1度	5. 毎日あるいはほとんど毎日	

8. 飲酒のために前夜の出来事を思い出せなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？

1. ない	2. 1か月に1度未満	3. 1か月に1度
4. 1週に1度	5. 毎日あるいはほとんど毎日	

9. あなたの飲酒のために、あなた自身か他の誰かがけがをしたことがありますか？

1. ない	2. あるが、過去1年間にはなし	3. 過去1年間にあり
-------	------------------	-------------

10. 肉親や親戚、友人、医師、あるいは他の健康管理にたずさわる人が、あなたの飲酒について心配したり、飲酒量を減らすように勧めたりしたことがありますか？

1. ない	2. あるが、過去1年間にはなし	3. 過去1年間にあり
-------	------------------	-------------

この頁の質問は毎日飲み始めた頃の状況についてお伺いします。

1. 飲酒するときには通常どのくらいの量を飲んでいましたか？

ただし、日本酒 1 合=2 単位、ビール大瓶 1 本=2.5 単位、ウイスキー水割りダブル 1 杯=2 単位
焼酎お湯割り 1 杯=1 単位、ワイングラス 1 杯=1.5 単位、梅酒小コップ一杯=1 単位

- | | | |
|-----------|------------|-----------|
| 1. 1~2単位 | 2. 3~4 単位 | 3. 5~6 単位 |
| 4. 7~9 単位 | 5. 10 単位以上 | |

2. 1 度に 6 単位以上飲酒することがどのくらいの頻度でありましたか？

- | | | |
|-------------|-----------------|--------------|
| 1. ない | 2. 1 か月に 1 度未満 | 3. 1 か月に 1 度 |
| 4. 1 週に 1 度 | 5. 毎日あるいはほとんど毎日 | |

3. 飲み始めると止められなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？

- | | | |
|-------------|-----------------|--------------|
| 1. ない | 2. 1 か月に 1 度未満 | 3. 1 か月に 1 度 |
| 4. 1 週に 1 度 | 5. 毎日あるいはほとんど毎日 | |

4. 普通だで行えることを飲酒していたためにできなくなったことが、どのくらいの頻度でありましたか？

- | | | |
|-------------|-----------------|--------------|
| 1. ない | 2. 1 か月に 1 度未満 | 3. 1 か月に 1 度 |
| 4. 1 週に 1 度 | 5. 毎日あるいはほとんど毎日 | |

5. 深酒の後体調を整えるために、朝迎え酒をせねばならなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？

- | | | |
|-------------|-----------------|--------------|
| 1. ない | 2. 1 か月に 1 度未満 | 3. 1 か月に 1 度 |
| 4. 1 週に 1 度 | 5. 毎日あるいはほとんど毎日 | |

6. 飲酒後罪悪感や自責の念にかられたことが、どのくらいの頻度でありましたか？

- | | | |
|-------------|-----------------|--------------|
| 1. ない | 2. 1 か月に 1 度未満 | 3. 1 か月に 1 度 |
| 4. 1 週に 1 度 | 5. 毎日あるいはほとんど毎日 | |

7. 飲酒のために前夜の出来事を思い出せなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？

- | | | |
|-------------|-----------------|--------------|
| 1. ない | 2. 1 か月に 1 度未満 | 3. 1 か月に 1 度 |
| 4. 1 週に 1 度 | 5. 毎日あるいはほとんど毎日 | |

8. あなたの飲酒のために、あなた自身か他の誰かがけがをしたことがありますか？

- | | | |
|-------|--------------------|---------------|
| 1. ない | 2. あるが、過去 1 年間にはなし | 3. 過去 1 年間にあり |
|-------|--------------------|---------------|

9. 肉親や親戚、友人、医師、あるいは他の健康管理にたずさわる人が、あなたの飲酒について心配したり、飲酒量を減らすように勧めたりしたことがありますか？

- | | | |
|-------|--------------------|---------------|
| 1. ない | 2. あるが、過去 1 年間にはなし | 3. 過去 1 年間にあり |
|-------|--------------------|---------------|